*Załącznik nr 1*

*Nr sprawy: ZP-.Z.54.2025*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy: .........................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ........................................................................................................................................................................

NIP…………………………………………………………………… REGON .............................................................................

Nr telefonu: ...................................................Nr faxu ............................................ adres e΄mail …………..…………………….

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia o wartości szacunkowej netto nie przekraczającej 130 000 zł, na dostawę 1 szt. Autokeratorefraktometru - powtórka II w ramach projektu finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 7.8 Infrastruktura ochrony zdrowia ( typ projektu 2, 3, 4) Priorytetu VII Lepsza dostępność do usług społecznych i zdrowotnych Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 – umowa nr FELU.07.08-IZ.00-0056/24 pn. **„Poprawa dostępności do świadczeń na terenach wiejskich poprzez wyposażenie w sprzęt medyczny poradni Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie”.**

proponujemy realizację zamówienia na następujących warunkach:

Cena netto ……………………….………………………………………………………………………………

Stawka VAT…………………………………………………………………………………………………………………………

Cena brutto …….…………………………………………………………………………………………………

Słownie brutto:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Producent: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Typ:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rok produkcji………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kraj pochodzenia ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Okres gwarancji………………………………………………………

Termin dostawy………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** | | |
|  | Aparat fabrycznie nowy nie starszy niż 2024 rok | **TAK** |  |
|  | Ekran dotykowy LCD | **TAK** |  |
|  | Ekran o przekątnej 7-9 cali | **TAK** |  |
|  | Wbudowana drukarka termiczna z gilotyną | **TAK** |  |
|  | Elektryczna regulacja podbródka | **TAK** |  |
|  | Opcje: Refrakcja, Kertatometria, jednoczesna refrakcja i keratometria | **TAK** |  |
|  | Pomiar krzywizny bazowej soczewki kontaktowej. | **TAK** |  |
|  | **Refrakcja:** | **TAK** |  |
|  | Zakres sferyczny co 0.12D, 0.25 D od -25D do co najmniej +22D | **TAK** |  |
|  | Zakres cylindrów od 00 do +/-10.0 Dcyl | **TAK** |  |
|  | Pomiar mocy cylinada -,+,-/+ | **TAK** |  |
|  | Oś cylindra 1-180 stopni | **TAK** |  |
|  | Rozstaw źrenic od 10-80 mm | **TAK** |  |
|  | Minimalna szerokość źrenicy przy pomiarze 2 mm | **TAK** |  |
|  | **Keratometria** | **TAK** |  |
|  | Oś pomiaru 1-180 stopni | **TAK** |  |
|  | Moc cylindra 00 do +/- 10.00D | **TAK** |  |
|  | Średnica rogówki przynajmniej w zakresie: 5-12 mm | **TAK** |  |
|  | Promień rogówki przynajmniej w zakresie 5-10 mm | **TAK** |  |
|  | Astygmatyzm rogówkowy przynajmniej w zakresie 0-15D | **TAK** |  |
|  | Refrakcja rogówki przynajmniej w zakresie 33-67D | **TAK** |  |
|  | Keratometria peryferyjna :TAK | **TAK** |  |
|  | **Wyposażenie dodatkowe** |  |  |
|  | Stolik sterowany elektrycznie | **TAK** |  |
|  | Wykaz środków chemicznych do dezynfekcji | **TAK** |  |
|  | Paszport techniczny | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego potwierdzony protokołem instalacji | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji, z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | W dniu instalacji szkolenie osób będących pracownikami Sekcji Aparatury Medycznej w zakresie obsługi serwisowej potwierdzone imiennymi certyfikatami do wykonywania drobnych napraw i przeglądów technicznych dostarczonych urządzeń. Ważność szkolenia – bezterminowo | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna wymiana tego samego podzespołu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 7 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 7 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Urządzenie pozbawione ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca podmiot. W przypadku występowania zabezpieczeń serwisowych Wykonawca przekaże Zamawiającemu kody serwisowe podczas ostatniego przeglądu gwarancyjnego | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

Oświadczamy, że:

Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

Oświadczamy, że

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Samodzielny Publiczny Zespół opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw , KRS 0000097765 w celu związanym z prowadzonym postępowaniem na „dostawę 1 szt. Autokeratorefraktometru – powtórka II w ramach projektu finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 7.8 Infrastruktura ochrony zdrowia ( typ projektu 2, 3, 4) Priorytetu VII Lepsza dostępność do usług społecznych i zdrowotnych Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 – umowa nr FELU.07.08-IZ.00-0056/24 pn. **„Poprawa dostępności do świadczeń na terenach wiejskich poprzez wyposażenie w sprzęt medyczny poradni Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie”**

”

Oświadczam, że dane osobowe podaję dobrowolnie i zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik Nr 2 do zaproszenia do składania ofert w postępowaniu na „dostawę 1 szt. Autokeratorefraktometru – powtórka II w ramach projektu finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 7.8 Infrastruktura ochrony zdrowia ( typ projektu 2, 3, 4) Priorytetu VII Lepsza dostępność do usług społecznych i zdrowotnych Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 – umowa nr FELU.07.08-IZ.00-0056/24 pn. **„Poprawa dostępności do świadczeń na terenach wiejskich poprzez wyposażenie w sprzęt medyczny poradni Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie”**

, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiani, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem.

1. Oświadczam, że wraz z ofertą składam następujące dokumenty:

……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

…………………………………………………………….. ……………………………………………………

*Miejscowość i data Podpis Wykonawcy*

**Informacja:**

*Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę.*