### Załącznik nr 1 do Siwz Część 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 1**

Aparat Micro RPM na potrzeby Katedry i Kliniki Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Aparat Micro RPM na potrzeby Katedry i Kliniki Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 1)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (nie później niż **do 28.12.2020 r.**) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do …………………………. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 1

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 1**

Aparat Micro RPM na potrzeby Katedry i Kliniki Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | MICRO RPM – przenośne urządzenie przeznaczone do oceny siły mięśni oddechowych | TAK, podać |  |
|  | Miernik ma mierzyć maksymalne ciśnienie wdechowe i wydechowe przez usta (MIP/MEP) oraz wdechowe ciśnienie przez nos (SNIP), a wyniki prezentować w postaci liczbowej na czytelnym wyświetlaczu LCD | TAK, podać |  |
|  | Ma być mały, lekki i przenośny, mieścić się w walizce z akcesoriami | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie bateryjne | TAK, podać |  |
|  | Do pomiaru ciśnienia podczas wdechu i wydechu powinien służyć czujnik plezorezystywny gwarantujący dużą dokładność i stabilność długoterminową pomiarów | TAK, podać |  |
|  | Wyspecjalizowane układy elektroniczne powinny obliczać ciśnienie i przedstawiać wynik w cmH2O na wyświetlaczu LCD | TAK, podać |  |
|  | Miernik powinien posiadać wbudowany port RS232 dzięki czemu można go podłączyć do komputera klasy PC w celu archiwizowania i drukowania raportów | TAK, podać |  |
|  | PUMA – program umożliwiający obserwację, archiwizację i wydruk krzywych ciśnienia podczas testu wykonywanego miernikiem Micro RPM | TAK, podać |  |
|  | Badanie może być wykonane przez nos lub przez usta | TAK, podać |  |
|  | Program Puma współpracujący z miernikiem powinien pozwalać obserwować krzywe ciśnienia w czasie rzeczywistym, wybrać zakres wartości normalnych oraz zmierzyć dwa dodatkowe parametry z użyciem animacji komputerowej | TAK, podać |  |
|  | Program oblicz dodatkowe parametry: MRPD (Maximal Rate of Pressure Development) i MRR (Mximal Rate of Relaxation) | TAK, podać |  |
|  | Obserwacja krzywych ciśnienia w czasie rzeczywistym | TAK, podać |  |
|  | Możliwość nałożenia kilku krzywych w celach porównania | TAK, podać |  |
|  | Wartości należne | TAK, podać |  |
|  | Animacje dla dzieci | TAK, podać |  |
|  | Badanie przed i po podaniu leku | TAK, podać |  |
|  | Parametry obliczane: MRPD MRR i Tau | TAK, podać |  |
|  | Parametry mierzone:  Maksymalne ciśnienie wydechowe (PE max) Maksymalne ciśnienie wdechowe (PI max)  Maksymalne ciśnienie wdechowe przez nos (SNIP) | TAK, podać |  |
|  | Ciśnienie mierzone: +/- 300 cmH2O (+/- 5 PSID) | TAK, podać |  |
|  | Ciśnienie impulsowe: +/- 700 cmH2O (+/- 20 PSID) | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość: 1 cmH2O | TAK, podać |  |
|  | Dokładność: +/- 3% | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie 9V PP3 | TAK, podać |  |
|  | Wymiary: 170x60x26 mm (+/- 5%) | TAK, podać |  |
|  | Waga: 175 g, z walizką i akcesoriami: 750 g (+/- 5%) | TAK, podać |  |
|  | Warunki pracy: 0-40 st. C 30% - 90% RH | TAK, podać |  |
|  | Warunki przechowywania: -20 - +70 st. C 10% - 90% RH | TAK, podać |  |
|  | Filtry antybakteryjne | TAK, podać |  |
|  | Ustnik gumowy | TAK, podać |  |
|  | Czujniki do nosa (rozmiary od 1 do 4) | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 2

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 2**

Przyłóżkowy analizator genomowego DNA na potrzeby Katedry i Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Przyłóżkowy analizator genomowego DNA na potrzeby Katedry i Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 2)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Zestaw komputerowy  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 2)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Razem wartość brutto PLN (1+2) | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (nie później niż **do 28.12.2020 r.**) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do …………………………. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 2

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 2**

Przyłóżkowy analizator genomowego DNA na potrzeby Katedry i Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Próbki z policzka pobierane nieinwazyjnie za pomocą systemowych wymazówek i umieszczane w jednorazowym kartridżu | TAK, podać |  |
|  | Analizator automatycznie wykonujący izolację amplifikację i detekcję DNA w materiale próbki dając wynik testu w czasie 50 minut | TAK, podać |  |
|  | System stanowiący platformę do jakościowej identyfikacji in vitro genotypów CYP2C19 \*2, \*3 oraz \*17. Wynik genotypowania CYP2C19 umożliwiający personalizowanie leczenia farmakologicznego do genotypu pacjenta, co znacząco wpływa na efektywność terapii, minimalizację działań niepożądanych oraz redukcję kosztów | TAK, podać |  |
|  | System składający się z: analizatora genomowego DNA, dedykowanego komputera (laptop z oprogramowaniem, umożliwiający prawidłowe funkcjonowanie analizatora), drukarki oraz czytnika kodów paskowych | TAK, podać |  |
|  | Wymiary analizatora: 10x10x10 cm (+/- 5%) | TAK, podać |  |
|  | Waga analizatora: do 1,6 kg  Waga systemu: do 5 kg | TAK, podać |  |
|  | W cenie zawarto koszt dostawy, uruchomienia i szkolenia | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 3

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 3**

Tonometr indukcyjny nie wytwarzający mikroaerolu w czasie badania na potrzeby Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. 1 | Tonometr indukcyjny nie wytwarzający mikroaerolu w czasie badania na potrzeby Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 3)* | …………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (nie później niż **do 28.12.2020 r.**) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do …………………………. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 24 miesiące, maksimum 36 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 z póżn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 3

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 3**

Tonometr indukcyjny nie wytwarzający mikroaerolu w czasie badania na potrzeby Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Ręczny, przenośny, indukcyjny, nie wymagający znieczulenia | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: bateryjne | TAK, podać |  |
|  | Jednostka pomiarowa: millimetry słupka rtęci (mmHg). | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiaru: co najmniej 7 – 50 mmHg | TAK, podać |  |
|  | Dokładność wyświetlania 0, 1 mmHg | TAK, podać |  |
|  | Dokładność pomiarowa: ± 1.2 mmHg (<20 mmHg) oraz ± 2.2 mmHg (>20 mmHg) | TAK, podać |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz | TAK, podać |  |
|  | Sterylne jednorazowe sondy do tonometru | TAK, podać |  |
|  | Możliwość przesyłania wyników do komputera przez Bluetooth w celu archiwizacji wyników ciśnienia pacjenta. | TAK, podać |  |
|  | Powtarzalność (współczynnik zmienności): <8% | TAK, podać |  |
|  | Środowisko robocze – temperatura w zakresie co najmniej: +10 st. C do +35 st. C  Wilgotność względna: od 30% do 90% | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 4

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 4**

Video rhinolaryngoskop – fiberoskop z 2 kuwetami do dezynfekcji na potrzeby Katedry i Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. 1 | Video rhinolaryngoskop – fiberoskop z 2 kuwetami do dezynfekcji na potrzeby Katedry i Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 4)* | …………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (nie później niż **do 28.12.2020 r.**) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do …………………………. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesiące od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 z póżn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 4

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 4**

Video rhinolaryngoskop – fiberoskop z 2 kuwetami do dezynfekcji na potrzeby Katedry i Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
| Video rhinolaryngoskop – fiberoskop z 2 kuwetami do dezynfekcji : | | TAK, podać |  |
|  | Średnica <3.0 mm | TAK, podać |  |
|  | Technologia CMOS Chip | TAK, podać |  |
|  | Zintegrowane oświetlenie LED | TAK, podać |  |
|  | Bardzo długa żywotność światła | TAK, podać |  |
|  | Automatyczny fokus | TAK, podać |  |
|  | Pole widzenie >110 stopni | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 5

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 5**

Holter ciśnieniowy na potrzeby Katedry i Kliniki Nefrologii Pediatrycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. 1 | Holter ciśnieniowy na potrzeby Katedry i Kliniki Nefrologii Pediatrycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 5)* | …………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (nie później niż **do 28.12.2020 r.**) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do …………………………. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 24 miesiące, maksimum 36 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 z póżn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 5

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 5**

Holter ciśnieniowy na potrzeby Katedry i Kliniki Nefrologii Pediatrycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **Wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Zakres pomiaru:  Skurczowe (SYS): min. 60-290 mmHg  Rozkurczowe (DIA): min. 30-195 mmHg | TAK, podać |  |
|  | Dokładność: +/- 3 mmHg | TAK, podać |  |
|  | Zakres ciśnienia statystycznego: min. 0 do 300 mmHg | TAK, podać |  |
|  | Częstość tętna: min. 30 do 240 uderzeń na minutę | TAK, podać |  |
|  | Metoda pomiaru: oscylometryczna | TAK, podać |  |
|  | Protokoły pomiarów:   * 2 programowalne protokoły z możliwością ustawienia 1, 2, 4, 5, 6, 10, 12, 15, 20 lub 30 pomiarów na godzinę * 7 wbudowanych protokołów * 1 protokół do aktywacji wysyłania danych SMS’em przez telefon komórkowy lub do punktu dostępowego przez Bluetooth | TAK, podać |  |
|  | Pamięć urządzenia: co najmniej 300 pomiarów | TAK, podać |  |
|  | Pojemność baterii: > 300 pomiarów | TAK, podać |  |
|  | Zakres temperatur podczas pracy:  +10 st. C do +40 st. C | TAK, podać |  |
|  | Zakres wilgotności podczas pracy:  15% do 90% | TAK, podać |  |
|  | Warunki przechowywania:  -20 st. C do +50 st. C oraz 15% do 90% wilgotności powietrza | TAK, podać |  |
|  | Wymiary: 128x75x30 mm (+/- 5%) | TAK, podać |  |
|  | Waga: do 240 g z bateriami | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: 2 akumulatory Ni-MH (AA, Mignon) IEM – 1,2 V każdy i min. 2100 mAh | TAK, podać |  |
|  | Interfejsy:  kabel (USB, RS232)  Infrared (podczerwień)  Bluetooth (Class 1/100 m) | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie do analizy | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 6

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 6**

Urządzenie medyczne do autologicznego przeszczepu komórek na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Urządzenie medyczne do autologicznego przeszczepu komórek na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 6)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (nie później niż **do 28.12.2020 r.**) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do …………………………. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 6

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 6**

Urządzenie medyczne do autologicznego przeszczepu komórek na potrzeby Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Specjalnie zaprojektowany system wykorzystujący autologiczny przeszczep komórek, którego zastosowanie obejmuje szereg zastosowań w medycynie regeneracyjnej | TAK, podać |  |
|  | System stworzony do uzyskiwania zawiesiny komórek zdolnej do regeneracji tkanki | TAK, podać |  |
|  | Podczas pojedynczej sesji gdzie pacjent jest zarówno dawcą, jak i biorcą autologicznego przeszczepu, stymuluje się miejsce poddane zabiegowi na pomocą komórek progenitorowych i czynników wzrostu z miejsca pobrania przeszczepu | TAK, podać |  |
|  | Poprzez skalibrowany proces mechaniczny oraz filtrację uzyskuje się wysoką koncentrację komórek progenitorowych i innych elementów prekursorowych, w tym komórek macierzystych | TAK, podać |  |
|  | System składa się z następujących części: urządzenie obrotowe, adapter, wymienny łącznik, zasilacz z gniazdem sieciowym, instrukcja użytkowania, deklaracja zgodności | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie obrotowe pozwala na rotację specjalnego filtra dla tymczasowego przechowywania próbki biologicznej, pobranej od pacjenta i następnie jej rozdrobnienia dla uzyskania mikroprzeszczepu | TAK, podać |  |
|  | 10 zestawów zabiegowych | TAK, podać |  |
|  | Czas pracy (rotacji): 1 minuta | TAK, podać |  |
|  | Temperatura otoczenia: +15 do 35 stopni Celsjusza | TAK, podać |  |
|  | Ciśnienie atmosferyczne: 10-106 kPa | TAK, podać |  |
|  | Obowiązkowy coroczny przegląd | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 7

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 7**

Cewka podwójna na potrzeby Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Cewka podwójna na potrzeby Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 7)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 4 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 24 miesiące, maksimum 36 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 7

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 7**

Cewka podwójna na potrzeby Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Wymienna cewka sham (cewka placebo) dedykowana urządzeniu PowerMAG Research 100 Hz firmy MAG&More, które posiada Użytkownik | TAK, podać |  |
|  | Cewka podwójna do ślepych testów | TAK, podać |  |
|  | O minimalnej sile pola magnetycznego | TAK, podać |  |
|  | Wydajność co najmniej 4000 impulsów | TAK, podać |  |
|  | Pozostałe parametry (wygląd, masa, odgłos wydawany w trakcie stymulacji) zbliżone do cewki, w którą wyposażone jest urządzenie podstawowe posiadane przez Użytkownika. Cewka placebo musi przypominać cewkę właściwą. | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 8

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 8**

Kardiomonitor na potrzeby Katedry Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Kardiomonitor na potrzeby Katedry Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 8)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (nie później niż **do 28.12.2020 r.**) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do …………………………. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 24 miesiące, maksimum 36 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 z późn. zm.) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 8

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 8**

Kardiomonitor na potrzeby Katedry Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Możliwość pomiaru wydechowego ciśnienia tętniczego NIBP | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zapisu EKG | TAK, podać |  |
|  | Możliwość analizy co najmniej 12 odprowadzeń EKG | TAK, podać |  |
|  | Możliwość pomiaru saturacji krwi tętniczej | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zapisu trendów analizowanych parametrów | TAK, podać |  |
|  | Możliwość pracy w sieci | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy