



Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, znak sprawy: DZP.271-6/20

załącznik nr 1 do SIWZ

### FORMULARZ OFERTOWY – PO ZMIANACH

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn. „Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia meblowego na Blok Operacyjny z podziałem na 20 pakietów w ramach inwestycji „Utworzenie Małopolskiego Centrum Pediatrii i Kompleksowego Leczenia Dzieci z FASD poprzez przebudowę obiektu Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie przy ulicy Strzeleckiej 2”, nr postępowania: DZP.271-6/20, zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia dla tego postępowania składamy niniejszą ofertę.

#### Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa.....  
Siedziba.....  
Adres skrzynki e-mail \*\*\*\* .....  
(na który Zamawiający ma przestać korespondencję)  
nr NIP\*\*\*\* ..... nr REGON\*\*\*\* .....

#### Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków

1. Zobowiązuję/my się wykonać przedmiot zamówienia w zakresie objętym SIWZ za:

#### PAKIET Nr 1\*\* (stoły operacyjne mobilne)

Ryczałtową cenę brutto: ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

#### PAKIET Nr 2\*\* (Lampy operacyjne)

Ryczałtową cenę brutto: ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

#### PAKIET Nr 3\*\* (Aparat do znieczuleń, kolumny anestezyjologiczne, chirurgiczne, kardiomonitor)

Ryczałtową cenę brutto: ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

#### Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie

ul. Strzelecka 2, 31 – 503 Kraków, Biuro Dyrekcji: tel.(12)6198601, fax.(12)6198610, e-mail:info@dziecieczszpital.pl

Konto: Bank PeKaO SA, O/Kraków, Rynek Główny 47, Nr: 06 1240 4689 1111 0000 5143 2083



Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, znak sprawy: DZP.271-6/20

**PAKIET Nr 4\*\* (Monitor ścienny, Ścienne Stanowisko komputerowe, System Integracji sali operacyjnej)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 5\*\* (Defibrylator)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 6\*\* (Zegar systemowy)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 7\*\* (Ssaki)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 8\*\* (Podgrzewacz płynów infuzyjnych)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 9\*\* (urządzenie do pomiaru ciśnienia w mankiecie uszczelniającym rurki intubacyjne)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie**

ul. Strzelecka 2, 31 – 503 Kraków, Biuro Dyrekcji: tel.(12)6198601, fax.(12)6198610, e-mail:info@dziecieczszpital.pl

Konto: Bank PeKaO SA, O/Kraków, Rynek Główny 47, Nr: 06 1240 4689 1111 0000 5143 2083



Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, znak sprawy: DZP.271-6/20

**PAKIET Nr 10\*\* (Stacja dokująca z pompami)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 11\*\* (System ogrzewania pacjenta)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

~~**PAKIET Nr 12\*\* (Szafa na endoskopy)**~~

~~**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł~~

~~Kryterium nr 2: okres gwarancji:~~

~~24 miesiące~~

~~36 miesięcy~~

~~\*zaznacz właściwe~~

**PAKIET Nr 13\*\* (Szafa systemowa wnękowa)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 14\*\* (Worki samosprężalne)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 15\*\* (Sprzęt różne)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie**

ul. Strzelecka 2, 31 – 503 Kraków, Biuro Dyrekcji: tel.(12)6198601, fax.(12)6198610, e-mail:info@dziecieczszpital.pl

Konto: Bank PeKaO SA, O/Kraków, Rynek Główny 47, Nr: 06 1240 4689 1111 0000 5143 2083



Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, znak sprawy: DZP.271-6/20

**PAKIET Nr 16\*\* (Stolik typu Mayo)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 17\*\* (Taborety i krzesła)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 18\*\* (Wózki anestezyjologiczne)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 19\*\* (Wózki transportowe)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

**PAKIET Nr 20\*\* (Wózki zabiegowe)**

**Ryczałtową cenę brutto:** ..... zł

Kryterium nr 2: okres gwarancji:

24 miesiące

36 miesięcy

\*zaznacz właściwe

2. Termin realizacji przedmiotu umowy: zgodnie z treścią SIWZ.

3. Termin płatności: zgodnie z treścią projektu umowy.

4. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

- 1) Oświadczam/y, że cena oferty (w tym ceny jednostkowe wskazane w zał. 1A do formularza ofertowego – formularzu cenowym) dla danego pakietu podana w pkt 1 niniejszego formularza jest ceną ryczałtową zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
- 2) Oświadczam/y, że wykonanie przedmiotu zamówienia nie spowoduje konieczności wykonania dodatkowych prac i nie będzie generowało dodatkowych kosztów Zamawiającego.

**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie**

ul. Strzelecka 2, 31 – 503 Kraków, Biuro Dyrekcji: tel.(12)6198601, fax.(12)6198610, e-mail:info@dziecieczszpital.pl

Konto: Bank PeKaO SA, O/Kraków, Rynek Główny 47, Nr: 06 1240 4689 1111 0000 5143 2083





Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, znak sprawy: DZP.271-6/20

- 3) Oświadczam/y, że oferowane przeze mnie/przez nas przedmiot zamówienia posiada wszystkie wymagane certyfikaty i atesty i dopuszczenia do obrotu w Polsce, o których mowa jest w SIWZ i jej wszystkich załącznikach.
- 4) Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z SIWZ (w tym z projektem umowy) i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte (w szczególności dotyczące terminu realizacji oraz terminu płatności).
- 5) W przypadku udzielenia zamówienia, zobowiązuję/my się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego oraz na warunkach określonych w projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 3 do SIWZ.
- 6) Oświadczam/y, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.
- 7) Formularz cenowy przedmiotu zamówienia (załącznik 1A do formularza ofertowego dla danego pakietu) stanowi integralną część formularza ofertowego Wykonawcy.
- 8) Oferta wraz z załącznikami została złożona na ..... stronach.
- 9) Niniejszym oświadczam/y, iż osobą/ami upoważnioną/yymi do reprezentacji Wykonawcy są..... zgodnie z ..... /wpisać odpowiedni dokument/.
- 10) Niniejszym informuję/my, że informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach ..... stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione\*.
- 11) Podwykonawcom zamierzam/y/ nie zamierzam/y\* powierzyć wykonanie następujących części zamówienia:
  - a/ wykonanie ..... oraz podajemy firmy podwykonawców realizujących wskazane części zamówienia .....

W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za swoją własną.
- 12) Do oferty załączamy następujące dokumenty:
  1. ....
  2. ....
- 13) Oświadczam/y, że wybór mojej (naszej) oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług – TAK/NIE\*\*.  
Jeśli Wykonawca zaznaczy „TAK”, obowiązek ten będzie dotyczył .....(należy wskazać nazwę /rodzaj towaru), a ich wartość netto będzie wynosiła: ..... \*\*\* (należy wskazać wartość netto wskazanego powyżej towaru).
- 14) Dane do umowy:

Osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:		
Imię i nazwisko	Stanowisko	
Osoba(y) odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy		
Imię i nazwisko	Stanowisko	Nr telefonu/ e-mail
Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą+ ewentualnie nr rachunku, na który należy zwrócić wadium		
Nazwa i adres banku	Nr rachunku	Kwota wadium

**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie**

ul. Strzelecka 2, 31 – 503 Kraków, Biuro Dyrekcji: tel.(12)6198601, fax.(12)6198610, e-mail:info@dziecieczszpital.pl

Konto: Bank PeKaO SA, O/Kraków, Rynek Główny 47, Nr: 06 1240 4689 1111 0000 5143 2083



Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, znak sprawy: DZP.271-6/20

- 15) Oświadczam/my, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w przedmiotowym postępowaniu<sup>2</sup>.
- 16) Oświadczam/y, że jestem/śmy /nie jestem/śmy \*\* mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorcą

**Uwaga: Oferta winna zostać sporządzona, pod rygorem nieważności, w postaci elektronicznej i opatrzona kwalifikowanym podpisem elektronicznym**

**Informacja dla WYKONAWCY:**

Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy i przedłożony wraz z dokumentami potwierdzającymi prawo do reprezentowania wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

\*należy wypełnić

\*\* niepotrzebne skreślić

\*\*\*wypełnić jeśli dotyczy

\*\*\*\* przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące pełnomocnika wykonawcy dla wszystkich wspólnie ubiegających się, w celu ich weryfikacji.

<sup>1</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 ze zm.)

<sup>2</sup> W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, winien treści niniejszego oświadczenia przekreślić i dodać zapis „nie dotyczy”

**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie**

ul. Strzelecka 2, 31 – 503 Kraków, Biuro Dyrekcji: tel.(12)6198601, fax.(12)6198610, e-mail:info@dziecieczszpital.pl

Konto: Bank PeKaO SA, O/Kraków, Rynek Główny 47, Nr: 06 1240 4689 1111 0000 5143 2083