**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSIEKU**

**(SP ZOZ w Osieku)**

32-608 Osiek, ul. Starowiejska 175, woj. Małopolskie, NIP 5492070054, REGON 357155186

***Załącznik nr 1***

…………………………………………

(pieczęć dostawcy)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Nazwa, adres dostawy:…………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………**

**Regon:…………………………………………..NIP:…………………………**

[**TEL:...................................................e-mail:………………………………**](tel:...................................................e-mail:………………………………)**......**

**Nr konta bankowego:…………………………………………………………**

**Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia:………………………………………………………………….**

**(Imię i nazwisko, stanowisko, nr telefonu)**

**OFERTA CENOWA (w PLN)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa asortymentu** | **Ilość** | **j.m** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **%VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa producenta/symbol oferowanego sprzętu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | |  | x |  |  | x |

1. Wartość oferty netto:……………..zł, brutto:……………….zł( słownie brutto:……………………………………………………………………...………/100).
2. 2. Termin dostawy:………………………………………………
3. Okres gwarancji na Aparat usg……………………………..
4. Okres gwarancji na wszystkie głowice…………………..
5. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu ofertowym i przyjmuję/emy je bez zastrzeżeń.
6. Oświadczam/y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/emy się do dostarczenia przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym oraz zgodnymi z umową.
7. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:
8. Oświadczam/y, że przewiduję/emy/ , nie przewiduję/ emy ( niepotrzebne skreślić) powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia.
9. Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie podwykonawcom………………….

( podać nazwę firmy podwykonawcy)

1. Oświadczam/y, 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 zapytaniu ( w przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłącznie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa( usunięcie treści oświadczenia np. przez jego przekreślenie/ wykreślenie.
2. Minimalne parametry techniczne i funkcjonalne wymagane przez Zamawiającego.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | JEDNOSTKA GŁÓWNA | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Aparat ze zintegrowaną stacją roboczą, systemem archiwizacji oraz videoprinterem sterowanymi z panelu operatora | Tak |  |
| 2 | Aparat fabrycznie nowy wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 r. dostarczony przez autoryzowanego dystrybutora producenta. | Tak |  |
| 3 | Zasilanie urządzenia 230V 50Hz | Tak |  |
| 4 | Głośność pracy aparatu poniżej 40 dB | Tak |  |
| 5 | Możliwość programowania własnych presetów | Tak |  |
| 6 | Cztery koła skrętne z możliwością blokowania wszystkich kół | Tak |  |
| 7. | Aparat wyposażony w panel LED min 10,1”, rozdzielczość min 1280\*800 | Tak |  |
| 8 | Regulacja panelu sterowania góra- dół | Tak |  |
| 9 | Fabrycznie wbudowany monitor LED, kolorowy o przekątnej ekranu minimum 21,5”. Rozdzielczość monitora min. 1920\*1080 | Tak |  |
| 10 | Konsola aparatu wyposażona w klawiaturę alfanumeryczną: wirtualną- dostępną na panelu dotykowym | Tak |  |
| 11 | Skala szarości: min 256 odcieni | Tak |  |
| 12 | Zakres pracy dostępnych głowic obrazowych min 2-16 MHz | Tak |  |
| 13 | Ilość aktywnych, równoważnych gniazd do podłączenia głowic obrazowych: min. 3 | Tak |  |
| 14 | Archiwizacja danych pacjentów, raportów, obrazów pętli obrazowych na lokalnym dysku twardym | Tak |  |
| 15 | Możliwość exportu obrazów i pętli obrazowych na dyski CD, DVD, Pamięci Pen- Drive w formatach min. BMP, JPG, TIFF, DIACOM, AVI (dla pętli obrazowych) | Tak |  |
| 16 | Fabrycznie wgrane presety | Tak |  |
| 17 | Zoom dla obrazów: „na żywo” i zatrzymanych | Tak |  |
| 18 | Oprogramowanie do badań: brzusznych, ginekologicznych, mięśniowo szkieletowych, ginekologiczno- położniczych, małych narządów, naczyniowych, urologicznych | Tak |  |
| GŁOWICE | | | |
| 1 | Głowica liniowa do badań mięśniowo- szkieletowych, małych narządów, naczyniowych | Tak |  |
| 2 | Głowica convex do badań brzusznych oraz ginekologiczno- położniczych | Tak |  |
| 3 | Głowica endowaginalna do badań ginekologiczno- położniczych oraz urologicznych | Tak |  |
| URZĄDZENIE PERYFERYJNE | | | |
| 1 | Videoprinter medyczny cyfrowy | Tak |  |
| INNE WYMAGANIA | | | |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| DODATKOWE MOŻLIWOŚCI SYSTEMU DOSTĘPNE NA DZIEŃ SKŁADANIA OFERTY (proszę wpisać) | | | |
|  | | | |

Uwaga: W przypadku braku uzupełnienia w/w tabeli potwierdzającej oferowane parametry sprzętu, oferta Dostawcy zostanie odrzucona.

**……………………………………….. ………………………………….**

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Dostawcy)