Załącznik nr 1 do ZO – Oferta cenowa

Pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców:

..........................................................................

Adres siedziby Wykonawcy/Wykonawców:

Ulica: ................................................................

Kod, miejscowość: ..........................................

Województwo: ..................................................

Nr telefonu:…....................................................

Nr faksu:............................................................

E-mail: ……………………………………………

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

...........................................................................

**SIELSKA ALDONA BIURO OBSŁUGI RUCHU TURYSTYCZNEGO "ALL-TOURIST"**

 **NADMORSKIE CENTRUM REHABILITACJI "PIRAMIDA I"**

**OFERTA CENOWA**

W odpowiedzi na **zapytanie ofertowe na zakup urządzeń rehabilitacyjnych**

My niżej podpisani:

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

działając w imieniu i na rzecz

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

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

 (nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)

1. Składamy ofertę na wykonanie zadania zgodnie z treścią zapytania ofertowego.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.

**Zadanie 1 Urządzenie do rehabilitacji**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa dostawy** | **Ilość** | **Data dostawy** | **Cena netto** | **Cena brutto** |
| **1.** | **Laser wysokoenegetyczny ze zrobotyzowaną głowicą automatyczną** | 1 | 10.05.2018 |  |  |
| **2.** | **Terapia falą uderzeniową** | 1 | 10.05.2018 |  |  |
| **3.** | **Mobilna fizykoterapia** | 1 | 10.05.2018 |  |  |
| **Łączna cena brutto** |  |

3.1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia **zadania 1** za łączną cenę brutto ……………….………….. zł (słownie………………………………………………………………………………………………)
**Zobowiązujemy się udzielić gwarancji na ww. urządzenia na okres: …………………… miesięcy** [[1]](#footnote-1).

UWAGA: cena brutto, okres gwarancji stanowią kryteria w ocenie ofert

1. Osobami upoważnionymi do kontaktu z Zamawiającym w sprawie niniejszego zamówienia są:
	1. ……………..…………………….…..tel………………………..…fax……………………….
	2. ………………………………...……..tel……………………..……fax………………………
2. Załącznikamido niniejszej oferty są:
	* 1. ………………………………………………………………………………..,
		2. ………………………………………………………………………………..,

………………………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do ZO – Oświadczenie o spełnianiu**

**warunków udziału w postępowaniu**

Nazwa Wykonawcy .................................................................................................

Adres Wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data ...........................

**Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na: **Zakup urządzeń do rehabilitacji**

niniejszym oświadczam/y, że spełniamy wszystkie warunki określonew ww. zapytaniu ofertowym
w szczególności:

* + - 1. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,
			2. posiadam wymaganą wiedzę i doświadczenie;
			3. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
			4. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej realizację zamówienia.

**Świadomy/i odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, iż dane zawarte w Ofercie, Załącznikach oraz innych przełożonych dokumentach są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.**

………………………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Załącznik nr 3 do ZO - Oświadczenie o braku powiązań**

**osobowych lub kapitałowych**

Nazwa Wykonawcy .................................................................................................

Adres Wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data ...........................

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na: **Zakup urządzeń rehabilitacyjnych**

oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.
Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

………………………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Załącznik nr 4 do ZO – Opis zadania

**Dot. zapytania ofertowego na zakup urządzeń rehabilitacyjnych**

Zadanie 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa dostawy** | **Szczegóły** | **Ilość** | **Data dostawy** |
| **1.** | **Laser wysokoenergetyczny ze zrobotyzowaną głowicą** | Laser wysokoenergetyczny ze zrobotyzowaną głowicą automatyczną. Parametry techniczne:• tryb pracy: programowy/manualny• stabilizacja i regulacja mocy aplikatorów• możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu• liczniki czasu pracy aplikatorów laserowych• autotest – bieżąca kontrola sprawności aparatu• duży 7” kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowymTryby źródeł pracy -ciągły, impulsowy impulsy trybu impulsowego prostokątny, trójkątny (superpuls),wypełnienie trybu impulsowego,- 1-90%, impuls 50us, częstotliwość trybu impulsowego 1- 10 000Hz szczytowa moc wyjściowa max 18 W, -średnia moc wyjściowa - max 10 W, -zasilanie pobór mocy (230 V, 50‐60 Hz, 130 W 150VA) | 1 | 10.05.2018 |
| **2.** | **Terapia falą uderzeniową** | Terapia falą uderzeniową:Parametry techniczne:Tryby emisji fal uderzeniowych- pojedynczy, ciągły, burst PROGRAMY ZABIEGOWE43 programy wbudowane- ciśnienie kompresora - 1-5 bar- częstotliwość emisji impulsów (uderzeń)1-25Hz- ilość uderzeń 1- 10 000- maks. gęstość energii na powierzchni transmitera 3mJ/mm2- żywotność systemu balistycznego >2 miliony cykli - zasilanie 100-240V,47-63Hz, 24VDC 6,25AWymiary 36,1x30,4x15,1 cm- masa z aplikatorem i zasilaczem 9kg | 1 | 10.05.2018 |
| **3.** | **Mobilna fizykoterapia** | Urządzenie do zabiegów z zakresu elektroterapii, sonoterapii, terapii skojarzonej, laseroterapii i magnetoterapii.Parametry techniczne:Przewód pacjenta - 2szt.,Elektrody do elektroterapii 6 x 6 cm - 4szt.,Elektrody do elektroterapii 7,5 x 9 cm - 2szt.,Pokrowce wiskozowe do elektrod 6 x 6 cm - 8szt.,Pokrowce wiskozowe do elektrod 7,5 x 9 cm - 4szt.,Pasy rzepowe do mocowania elektrod 40 x 10 cm - 2szt.,Pasy rzepowe do mocowania elektrod 100 x 10 cm - 2szt.,Zdalna blokada drzwi DOOR - 1szt.Zapasowe bezpieczniki - 2szt., Przewód sieciowy - 1szt. | 1 | 10.05.2018 |

**Załącznik nr 5 do ZO – Umowa wzór**

**Umowa Nr ……………. - wzór**

Zawarta w …………….dnia …………… r. pomiędzy;

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

zwanym dalej **Zamawiającym,**

a

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

zwanym dalej **Sprzedającym.**

**§ 1**

Niniejszą umowę zawarto w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z Ustawą z dnia 29 stycznia 2004r. „Prawo zamówień publicznych” / tekst jednolity Dz. U. z 2007r. Nr 223, poz. 1655 ze zm./.

**§ 2**

Sprzedający sprzedaje, a Kupujący kupuje urządzenia rehabilitacyjne - .......................................

**§ 3**

Sprzedający oświadcza, że urządzenia medyczne będące przedmiotem sprzedaży stanowią

jego własność i są wolne od wad prawnych.

**§ 4**

1. Wydanie urządzeń medycznych nastąpi w siedzibie Zamawiającego niezwłocznie

po dokonaniu zapłaty kwoty, o której mowa w § 4 ust 1.

2. Wraz z urządzeniami medycznymi zostaną wydane Kupującemu: niezbędne

dokumenty dotyczące danego urządzenia medycznego.

3. Do czasu wydania urządzeń ryzyko wszelkich niebezpieczeństw, a w

szczególności ryzyko uszkodzenia i utraty danego urządzenia obciążają Sprzedającego.

4. Kupujący oświadcza, że stan techniczny urządzeń jest mu znany i nie wnosi do

niego żadnych zastrzeżeń.

5. Przekazanie urządzeń oraz wszystkich dokumentów z nimi związanych zostanie

stwierdzone w protokole przekazania podpisanym przez obie strony.

**§ 5**

 1. Z tytułu sprzedaży Kupujący zobowiązuje się zapłacić Sprzedającemu kwotę brutto:

 ...............................................zł, (słownie:...................................................................).

 2. Płatność wynikająca z realizacji umowy nastąpi przelewem na konto Sprzedającego o

 nr ……………………………… w ciągu 7 dni od dnia zawarcia umowy kupna –

 sprzedaży.

3. Strony ustalają, że wszelkiego rodzaju koszty transakcji wynikające z realizacji niniejszej

 umowy oraz koszty opłaty skarbowej obciążają Kupującego.

**§ 6**

Wszelkie zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem

nieważności.

**§ 7**

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.

**§ 8**

Wszelkie spory mogące wynikać z tytułu zawartej umowy rozstrzygane będą przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Sprzedającego.

**§ 9**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron

…………………………….. …………………………..

Sprzedający Zamawiający

1. **deklarowany okres gwarancji nie może być krótszy niż 24 miesięce**  [↑](#footnote-ref-1)