*Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego*

Nr sprawy: 5/RPO\_1.2/2017/UE

**FORMULARZ OFERTY**

**Zamawiający:**

Grupowa Praktyka Lekarzy Rodzinnych „Familia” Sp. z o.o.

ul. Wiejska 20

41-103 Siemianowice Śląskie,

**Przedmiot zamówienia:** Świadczenie usługi wynajmu aparatury i sprzętu medycznego do prowadzenia badań przemysłowych i prac rozwojowych w projekcie badawczo-rozwojowym branży medycznej polegającym na opracowaniu innowacji produktowej – usług medycznych wykorzystujących narzędzia informatyczne w zakresie terapii zaburzeń metabolizmu i walki z otyłością pod nazwą roboczą SFAO 1.0 (SFAO od ang. Support for the Fight Against Obesity).

**w ramach projektu pn.:** *„Innowacja w świadczeniu usług medycznych związanych z terapią zaburzeń metabolizmu i leczenia otyłości”***,** współfinansowanego ze środków EFRR w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020 Oś priorytetowa I. Nowoczesna gospodarka, Działanie: 1.2. Badania, rozwój i innowacje w przedsiębiorstwach, realizowanego przez Beneficjenta nie należącego do sektora finansów publicznych, który nie ma obowiązku stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004r. (Dz. U. 2010r. nr 1131, poz. 759 z późn. zm.)

**Dane kontaktowe Oferenta:**

Nazwa oferenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:**

Cena wynajmu netto (miesięcznie): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(słownie): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cena wynajmu brutto (miesięcznie): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(słownie): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Łączna cena netto oferty (cena netto miesięcznie x 24 miesiące): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(słownie): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Łączna cena brutto oferty (cena brutto miesięcznie x 24 miesiące): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(słownie): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Łączna cena Oferty uwzględnia wynajem sprzętu w okresie trwania projektu tj.: od 01.06.2017r. do 31.05.2019r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(miejscowość, data)*  *(podpis Oferenta)*

**Oświadczenia**

1. Oświadczam, że:

- po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

- posiadam odpowiednią wiedzę oraz uprawnienia do wykonywania działalności objętej zamówieniem,

- zobowiązuję do zawarcia z Zamawiającym umowy, której istotne postanowienia stanowią załącznik nr 2 do Zapytania Ofertowego i zobowiązuje się do jej zawarcia w terminie do 7 dni roboczych od dnia zawiadomienia mnie przez Zamawiającego o wyborze mojej oferty pod rygorem uznania, że odstępuje od wykonania zlecenia.

- pozostaję związany niniejszą ofertą przez okres 45 dni od ostatecznego upływu terminu składania ofert.

2. Oświadczam, że nie jestem powiązany 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 powi-nowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

3. Oświadczam, że dysponuję sprzętem i aparaturą medyczną stanowiącą przedmiot zamówienia w dacie składania oferty, tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Oświadczam, iż zobowiązujemy się do zachowania maksymalnie 36-godzinnego czasu reakcji na zapewnienie zastępczej aparatury/sprzętu medycznego w przypadku awarii/usterki technicznej przedmiotu najmu.

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

**Załączniki do Oferty**

Do Formularza oferty załączam:

1. Dokument, z którego wynika pełnomocnictwo osoby podpisującej ofertę do reprezentowania oferenta (jeżeli nie podpisuje osoba upoważniona zgodnie z dokumentem rejestrowym).

2. Oświadczenie potwierdzające dysponowanie przez Oferenta aparaturą i sprzętem medycznym o parametrach zgodnych z opisem przedmiotu zamówienia.

3. Oświadczenie o sytuacji ekonomicznej i finansowej Oferenta.

4. Oświadczenie dotyczące dostępności sprzętu objętego usługą wynajmu.

5. Referencje Oferenta potwierdzające doświadczenie w realizacji usługi związanej z wynajmem sprzętu.

6. Skan dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej kontraktowej i deliktowej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na sumę ubezpieczeniową nie mniejszą niż 1 mln zł.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(miejscowość, data)*  *(podpis Oferenta)*

*Załącznik nr 2 do Formularza oferty*

Nr sprawy: 5/RPO\_1.2/2017/UE

**Oświadczenie**

**o posiadanych przez przedmiot najmu parametrach technicznych**

Oświadczamy, iż dostarczany przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ przedmiot najmu

objęty Umową z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

posiada następujące parametry techniczne:

1) Densytometr - Urządzenie przeznaczone do badań układu kostnego 1 szt.

- waga: do 300 kg,

- temperatura pracy: 15 – 32ºC. Wilgotność: do 80 %,

- maksymalne wymiary pola skanowania: 1930 mm x 673 mm,

- błąd pomiarów poniżej 1 %,

- nielimitowany czas pracy lampy,

- lampa z anodą stacjonarną,

- energie składowych wiązek promieniowania: ca. 45 keV oraz 80 keV,

- pozycjonowanie skanu -celownik laserowy,

- dawka promieniowania rozproszonego w odległości 100 cm od źródła: poniżej 0.1 mRem / godzinę.

2) Aparat do badań EEG i EMG 1 szt.

- 41-kanałowa głowica:

- 32 kanały EEG,

- 4 kanały EMG,

- 1 kanał EKG,

- 1 stałoprądowe (DC),

- 1 oddechowy,

- 1 SpO2 (opcjonalnie),

- głowica z wbudowanym pomiarem impedancji,

- przeznaczenie: rutynowe badania EEG,

- monitoring EEG,

- fotostymulator,

- wersja przenośna na laptopie lub stacjonarna na komputerze klasy PC.

3) Uroflowmetr typu FLOWMASTER lub równoważny 1 szt.

- cyfrowy przetwornik wagowy o zakresie pomiaru do 4000 ml, wyposażony w funkcje automatycznego wykrywania i redukcji artefaktów,

- moduł Bluetooth do bezprzewodowej komunikacji z komputerem,

- zasilanie przetwornika z 4-ch typowych baterii typu AA („paluszek”; komplet baterii musi wystarczać na min. 60-80 godzin pracy.)

- przetwornik nie wymagający okresowych kalibracji (kalibracja automatyczna przed każdym badaniem), a jedynie sprawdzenia dokładności pomiarów – zalecane nie częściej niż co 12 miesięcy.

4) Aparat ultrasonograficzny 1 szt.

- głowice szerokopasmowe conwexowe, liniowe o konstrukcji matrycowej wielorzędowej, endocavitarne, sektorowe konstrukcji matrycowej wielorzędowej,

- wysokoczułe obrazowanie w trybie Color Doppler, Power Doppler Kierunkowy, Doppler Pulsacyjny, obrazowanie harmoniczne, obrazowanie wielokierunkowe crossbeam, funkcje redukcji szumów SRI, tryb obrazowania trapezowego na głowicach liniowych,

- aparat musi wykorzystywać technikę surowych danych pozwalających na zapis obrazu w formacie pierwotnych danych ultrasonograficznych, które mogą być z tą samą jakością oglądane i obrabiane w przyszłości.

5) Komora hiperbaryczna 1 szt.

- sterowanie automatyczne, o ciśnieniu operacyjnym 2 ATA z aluminiowo-akrylowym cylindrem, na kółkach,

- koncentrator zasilający komorę w tlen o przepływie nominalnym 1x10l/min i ciśnieniu 2.0 ATA,

- sprężarka powietrza o ciśnieniu nominalnym 30 psig,

- funkcja klimatyzacji.

6) Cyfrowe RTG 1 szt.

- oprogramowanie aplikacyjne,

- oprogramowanie systemowe typu RIS/PACS lub równoważne,

- duplikator płyt CD/DVD typu Rimage lub równoważny tzn. ze stacją duplikatora typu Dell Optiplex 3020 lub równoważnym,

- zestaw kontroli jakości (fantom typu Pro-Digi lub równoważny ze stożkiem do kontroli osiowości, uchwyt do fantomu do statywu, filtr absorpcyjny, dodatkowy filtr miedziany do testów przy i powyżej 100 kV, fantom AEC/PMMA, maska ołowiana, dozymetr, oprogramowanie typu Pro-Control lub równoważne do oceny i archiwizacji testów wraz z serwerem i komunikacją typu DICOM lub równoważną, instrukcja obsługi, kufer)

- osłony ochronne (drzwi ochronne rozwierane, jednoskrzydłowe Pb 2,0mm, wymiar prześwitu użytecznego 90x200(h)cm [2szt.], drzwi ochronne rozwierane, jednoskrzydłowe Pb 2,0mm wymiar prześwitu użytecznego 110x200(h)cm [1 szt.], okno ochronne Pb 2,0mm z szyba 120x80cm [1 szt.], przesłony okien zewnętrznych Pb 2,0mm [2 szt.], panel ścienny Pb 2,0mm) **lub równoważne, zgodnie z przepisami BHP użytkowania aparatu RTG.**

- ochrona osobista (fartuchy rtg [Pb 2 szt.], ochrona tarczycy Pb [1 szt.], ochrona gonady męskie [1 szt.], ochrona gonady żeńskie [1 szt.], okulary ochronne Pb [1 szt.]).

7) Analizator składu ciała 1 szt.

- Zasilanie: 230 V AC(50/60),

- Zakres prądu - 0.3A,

- Sposób pomiaru: 8 elektrod analiza segmentowa BIA,

- Częstotliwości pomiaru: 5kHz/50kHz/250kHz,

- Prąd pomiarowy: 90 μA lub mniej,

- Elektrody: stal nierdzewna,

- Pomiar Segmentowy: korpus/prawa ręka/lewa ręka/prawa noga/lewa noga,

- Zakres pomiaru#75 - 1,500 Ω ze skala co 0.1,

- Dokładność przy pierwszej kalibracji ±0.2%,

- Wyświetlacz LCD TFT kolorowy dwusegmentowy,

- Interfejs USB A-typ złącze (USB host) x 1 szt., USB B-typ złącze (Device) x 1 szt., typu PictBridge lub równoważny x 1 szt.,

- Waga urządzenia- max. 15.5 kg

- Dokładność wskazań tkanki tłuszczowej do 100 gramów.

8) Ergospirometr 1 szt.

- zestaw do kalibracji w składzie: pompka kalibracyjna 3l [1 szt.], butla z gazem kalibracyjna 1l [1 szt.], zastawka z adapterem [1 szt.], uchwyt stołowy do butli z gazem [1 szt.]

- 12-kanałowy Interfejs EKG,

- Moduł wysiłkowy typu CardioSoft lub równoważny,

- MSS Interpretation Assistant typu Wassermann lub równoważny,

- Wózek typu APAR-2 typ AR90-1 lub równoważny,

- Komputer typu HP EliteDesk 705 SFF J4V13EA lub równoważny,

- Drukarka typu HP LaserJet Pro CP1025 lub równoważna,

- Monitor typu BenQ 21.5" VW2235H lub równoważny,

- MSS typu Energy Metabolism for CPET lub równoważny,

- MSS typu Basal & Resting Metabolic Rate lub równoważny,

- Automatyczny pomiar ciśnienia,

- Pulsoksymetr,

- Bieżnia: Prędkość 1 – 25 km/h,

- Wymiary pasa: 70x190cm7",

- Dotykowy panel sterujący,

- Podwieszenie,

- Cykloergometr,

- Zakres mocy 6-999 W,

- Regulacja siodełka i kierownicy dla pacjentów od 120-210cm wzrostu,

- Konsola sterująca z programami Interfejs typu RS232CWa lub równoważna.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Miejscowość, data Wynajmujący*

*Załącznik nr 3 do Formularza oferty*

**OŚWIADCZENIE**

**dotyczące sytuacji ekonomicznej i finansowej**

Mając świadomość odpowiedzialności karnej z tytułu składania fałszywych oświadczeń w celu uzyskania zamówienia, wynikającej oraz 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88 poz. 553 – jednolity tekst z późniejszymi zmianami) oświadczam, że \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 *(nazwa przedsiębiorstwa Oferenta)*

znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

Niniejszym oświadczam/y iż:

* Wobec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 *(nazwa przedsiębiorstwa Oferenta)*
 nie jest prowadzone żadne postępowanie egzekucyjne i nie jest w stanie upadłości i/lub likwidacji.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Miejscowość, data | Podpis |

*Załącznik nr 4 do formularza oferty*

Nr sprawy: 5/RPO\_1.2/2017/UE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(miejscowość i data)*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że oferuję dostępność sprzętu informatycznego objętego usługą najmu przez okres trwania projektu tj. od 01.06.2017r. do 31.05.2017r. z wyłączeniem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*(dni lub okresy kiedy sprzęt nie jest dostępny)*

Sprzęt będzie dostępny przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dni w ciągu trwania projektu. Przez dostępność
  *(ilość dni)*

rozumie się fakt, zagwarantowania przez Oferenta wszelkich napraw oraz wymiany sprzętu w przypadku jego nieprawidłowego funkcjonowania lub innych nieprzewidzianych usterek, które uniemożliwią realizację prac badawczo - rozwojowych.

Spełnienie kryterium i przyznanie punktacji w procesie oceny ofert w przypadku oferowania innej dostępności niż pełen okres trwania projektu tj. 730 dni zostanie obliczone według wzoru:

D = PKT-(PKT-1)\*[(X-Y) / (X-Z)]

gdzie: **D** – liczba punktów przyznanych Wykonawcy w tym kryterium oceny

**PKT** – max ilość punktów (wg wagi kryterium),

**X** – najwyższa oferowana dostępność (w dniach),

**Y** –dostępność oferowana w ocenianej ofercie (w dniach)

**Z** – najniższa oferowana dostępność

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(podpis Oferenta)*