

Załącznik nr 2.2

do postępowania znak: ROPS-II.052.2.25.2020

……………….., dnia ……………….. r.

**FORMULARZ OFERTY**

**Część II - Zakup i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego w ramach projektu socjalnego – gmina Oksa/powiat jędrzejowski**

**Nazwa i adres Zamawiającego:**

**Województwo Świętokrzyskie, al IX Wieków Kielc 3, 25-515 Kielce, NIP: 9591506120**

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

*(pełna nazwa firmy, adres, NIP, REGON, telefon, adres poczty elektronicznej)*

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na dostawę ……………………………. za cenę brutto (z VAT) zgodnie z poniższą tabelą:

w łącznej kwocie………………………………………………….. PLN

słownie:……………………………………………………..

1. **Zakup i dostawa 3 rowerów stacjonarnych do ćwiczeń**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto****(PLN)** | **Wartość netto****(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zakup i dostawa 3 rowerów stacjonarnych do ćwiczeń Producent: ……………………………………………………Okres gwarancji\*: …………………………………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętuPODAĆ/OPISAĆ |
| **Rower stacjonarny do ćwiczeń – 3 (trzy) sztuki** |
| **1** | Dopuszczalna waga użytkownika do 120 kg lub wyższa | Tak |  |
| **2** | Manualna regulacja oporu: 8 poziomów, | Tak |  |
| **3** | Ergonomiczne siedzisko regulowane w pionie i w poziomie | Tak |  |
| **4** | Regulacja kąta nachylenia kierownicy | Tak |  |
| **5** | Antypoślizgowe i samopoziomujące pedały z regulowanymi paskami | Tak |  |
| **6** | Mechanizm oporu: magnetyczny/elektromagnetyczny | Tak |  |
| **7** | Wyświetlacz z funkcjami m.in.: czas, dystans, prędkość, puls. | Tak |  |

1. **Zakup i dostawa 4 sztuk mat masujących**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto****(PLN)** | **Wartość netto****(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zakup i dostawa 4 sztuk mat masujących Producent: ……………………………………………………Okres gwarancji\*: …………………………………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętuPODAĆ/OPISAĆ |
| **Mata masująca – 4 (cztery) sztuki** |
| **1** | 3 intensywności masażu akupresury do wyboru | Tak |  |
| **2** | Dostępne 3 strefy masażu: do wyboru: masaż całościowy, górna lub dolna część pleców | Tak |  |
| **3** | Oddzielny masaż szyi o regulowanej wysokości | Tak |  |
| **4** | Możliwość podłączenia czerwonego światła i funkcji ogrzewania | Tak |  |
| **5** | Automatyczne wyłączanie po 15 minutach | Tak |  |
| **6** | Odpinana, nadająca się do prania osłona szyi | Tak |  |
| **7** | Pilot zdalnego sterowania w języku polskim | Tak |  |
| **8** | System mocowania do fotela/krzesła  | Tak |  |
| **9** | Optymalna dla osób o wzroście 155 cm - 185 cm  | Tak |  |

1. **Zakup i dostawa 4 sztuk inhalatorów**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto****(PLN)** | **Wartość netto****(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zakup i dostawa 4 sztuk inhalatorów Producent: ……………………………………………………Okres gwarancji\*: …………………………………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętuPODAĆ/OPISAĆ |
| **Inhalator – 4 (cztery) sztuki** |
| **1** | Zasilanie sieciowe | Tak |  |
| **2** | Ciśnienie robocze [bar]: 0,7 lub wyższe | Tak |  |
| **3** | Maska dla dorosłych i dla dzieci | Tak |  |
| **4** | Nebulizator z przewodem powietrznym, ustnik | Tak |  |
| **5** | Szybkość nebulizacji [ml/min]: min. 0,3 | Tak |  |
| **6** | Etui, kompresor, końcówka do nosa | Tak |  |

1. **Zakup i dostawa 4 sztuk ciśnieniomierzy**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto****(PLN)** | **Wartość netto****(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zakup i dostawa 4 sztuk ciśnieniomierzyProducent: ……………………………………………………Okres gwarancji\*: …………………………………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętuPODAĆ/OPISAĆ |
| **Ciśnieniomierz – 4 (cztery) sztuki** |
| **1** | Ciśnieniomierz automatyczny na ramię | Tak |  |
| **2** | Pamięć pomiarów | Tak |  |
| **3** | Zapamiętanie daty i czasu pomiaru | Tak |  |
| **4** | Zakres pomiarów ciśnienia: 0-299 mmHg | Tak |  |
| **5** | Zakres pomiarów pulsu 40-199 uderzeń na minutę | Tak |  |
| **6** | Dokładność pomiaru ciśnienia +/- 3 mmHg | Tak |  |
| **7** | Automatyczne pompowanie i spuszczanie powietrza | Tak |  |
| **8** | Wyświetlacz LCD, zasilanie bateriami AA, mankiet pomiarowy | Tak |  |

1. **Zakup i dostawa 5 sztuk lamp leczniczych SOLUX**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto****(PLN)** | **Wartość netto****(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zakup i dostawa 5 sztuk lamp leczniczych SOLUX Producent: ……………………………………………………Okres gwarancji\*: …………………………………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętuPODAĆ/OPISAĆ |
| **Lampa SOLUX – 5 (pięć) sztuk** |
| **1** | Typ Solux (Sollux) - lampa na podczerwień do użytku domowego | Tak |  |
| **2** | Promiennik  | Tak |  |
| **3** | Minimum trzy stopnie nachylenia  | Tak |  |
| **4** | Napięcie 220 – 240 V | Tak |  |
| **5** | Pobór mocy 150 W | Tak |  |
| **6** | Żarówka 150 W | Tak |  |
| **7** | Rodzaj lampy: rozgrzewająca; | Tak |  |
| **8** | Długość fali promieniowania 780-1500 nm; | Tak |  |
| **9** | Wyrób medyczny | Tak |  |

1. **Zakup i dostawa 1 sztuki platformy wibracyjnej (do użytku domowego)**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto****(PLN)** | **Wartość netto****(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zakup i dostawa 1 sztuki platformy wibracyjnej (do użytku domowego) Producent: ……………………………………………………Okres gwarancji\*: …………………………………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętuPODAĆ/OPISAĆ |
| **Platforma wibracyjna – 1 (jedna) sztuka** |
| **1** | Ilość programów: minimum 10 | Tak |  |
| **2** | Ilość silników: 3 | Tak |  |
| **3** | Zakres prędkości: 1-30 | Tak |  |
| **4** | Rodzaj wyświetlacza: LCD  | Tak |  |
| **5** | Sterowanie: pilot | Tak |  |
| **6** | Dopuszczalna waga użytkownika do 120 kg lub wyższa  | Tak |  |
| **7** | Zestaw zawierający m.in.: platformę wibracyjną, matę masującą, matę tłumiącą, taśmy oporowe, pilot | Tak |  |

1. **Zakup i dostawa 1 sztuki fotela masującego**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto****(PLN)** | **Wartość netto****(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zakup i dostawa 1 sztuki fotela masującegoProducent: ……………………………………………………Okres gwarancji\*: …………………………………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętuPODAĆ/OPISAĆ |
| **Fotel masujący – 1 (jedna) sztuka** |
| **1** | Technika masażu: ugniatanie, uciskanie (Shiatsu), rozciąganie (wałkowanie), ugniatanie i rozciąganie, uciskanie i rozciąganie | Tak |  |
| **2** | Programy automatyczne tj.: masaż całych pleców, okolicy szyi i ramion, odcinka lędźwiowego pleców | Tak |  |
| **3** | Regulacja szerokości masażu | Tak |  |
| **4** | Ustawienie miejsca masażu punktowego | Tak |  |
| **5** | Oparcie rozkładane do 132 stopni | Tak |  |
| **6** | Funkcja pauzy | Tak |  |
| **7** | Kąt rozkładania około 113 – 132 (bezstopniowo) | Tak |  |
| **8** | Pokrycie: skóra syntetyczna | Tak |  |
| **9** | Pilot zdalnego sterowania | Tak |  |
| **10** | Czas masażu ustawiany automatycznie  | Tak |  |

1. **Zakup i dostawa 1 sztuki roweru miejskiego**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto****(PLN)** | **Wartość netto****(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zakup i dostawa 1 sztuki roweru miejskiego Producent: ……………………………………………………Okres gwarancji\*: …………………………………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętuPODAĆ/OPISAĆ |
| **Rower miejski – 1 (jedna) sztuka** |
| **1** | Rama: stalowa/aluminiowa | Tak |  |
| **2** | Rozmiar ramy [cal]: 17-18 | Tak |  |
| **3** | Rozmiar koła [cal]: 26-28 | Tak |  |
| **4** | Liczba biegów: min. 3 | Tak |  |
| **5** | Oświetlenie przednie i tylne bateryjne LED | Tak |  |
| **6** | Pedały: platformowe | Tak |  |
| **7** | Hamulec przedni i tylny | Tak |  |
| **8** | Siodełko sprężynowe | Tak |  |
| **9** | Wyposażenie: błotniki, bagażnik, nóżka rowerowa, koszyk na kierownicę, osłona łańcucha, dzwonek | Tak |  |
| **10** | Koszyk stalowy z zapięciem typu CLICK, maksymalny udźwig do 0,5 kg | Tak |  |

1. **Do oferty należy dołączyć folder/katalog/ulotkę oferowanego sprzętu w języku polskim umożliwiający w pełni dokonanie oceny spełnienia warunków dotyczących parametrów technicznych.**
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia i uznajemy się za związanego określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania.
3. Oświadczamy, że dostawa ww. asortymentu nastąpi w terminie wskazanym w zapytaniu ofertowym.
4. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
5. Oświadczamy, że dostawę będącą przedmiotem niniejszego zamówienia zamierzamy wykonać bez udziału podwykonawców/z udziałem podwykonawców[[1]](#footnote-1).
6. Oświadczamy, że oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania w zakresie jakości i standardów bezpieczeństwa określone w przepisach UE.
7. Oświadczamy, że posiadamy odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia, o którym mowa w niniejszym zapytaniu ofertowym i zobowiązujemy się go zrealizować z należytą starannością, najwyższymi standardami obowiązującymi na rynku dostaw oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa
8. Oświadczamy, że zostaliśmy uprzedzeni o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że informacje podane w niniejszej ofercie są zgodne z prawdą.
9. Oświadczamy, że „Wzór umowy” stanowiący załącznik nr 3 do zapytania ofertowego, został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
10. Oświadczam, że przedmiot oferty jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia zawartym zapytaniu ofertowym.
11. Oświadczam/-y, że nie jestem/-śmy powiązani z Zamawiającym osobowo i kapitałowo.
12. Do oferty załączamy następujące dokumenty (należy wpisać nazwę i oznaczenie załączanego dokumentu):

| Lp. | Nazwa dokumentu | Załącznik nr |
| --- | --- | --- |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| … |  |  |

1. Wykonawca jest mikro, małym, średnim przedsiębiorcą - **TAK/NIE**[[2]](#footnote-2)

………………………………… ………………………………………

Miejscowość, data Podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych

 do reprezentowania wykonawcy

Definicje:

­ Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów euro.

­ Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro.

­ Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 45 milionów euro.

1. Niepotrzebne skreślić

\*Należy uzupełnić, jeśli oferowany sprzęt objęty jest gwarancją. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)