

Załącznik nr 2.4

do postępowania znak: ROPS-II.052.2.25.2020

……………….., dnia ……………….. r.

**FORMULARZ OFERTY**

**Część IV - Zakup i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego w ramach projektu socjalnego – gmina Wodzisław/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 roweru trójkołowego rehabilitacyjnego dla dziecka**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętu  PODAĆ/OPISAĆ |
| **Rower trójkołowy rehabilitacyjny – 1 (jedna) sztuka** | | | |
| **1** | Długość całkowita roweru: 155 - 160 cm | Tak |  |
| **2** | Szerokość roweru: 60 - 67 cm | Tak |  |
| **3** | Wysokość siodełka od podłoża: 70 - 95 cm | Tak |  |
| **4** | Wysokość kierownicy od podłoża: 98 - 120 cm | Tak |  |
| **5** | Waga roweru: do 26 kg | Tak |  |
| **6** | Maksymalne obciążenie: 100 kg. | Tak |  |

1. **Zakup i dostawa łóżka drewnianego z materacem rehabilitacyjnym**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto**  **(PLN)** | **Wartość netto**  **(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zakup i dostawa łóżka drewnianego z materacem rehabilitacyjnym  Producent: …………………………  …………………………  Okres gwarancji\*: …………………………  ………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętu  PODAĆ/OPISAĆ |
| **Łóżko drewniane z materacem rehabilitacyjnym – 1 (jedna) sztuka** | | | |
| **Łóżko drewniane – parametry techniczne:** | | | |
| **1** | Wymiary: 120 cm x 200 cm | Tak |  |
| **2** | Łóżko z pojemnikiem na pościel | Tak |  |
| **3** | Ze stelażem | Tak |  |
| **Materac rehabilitacyjny – parametry techniczne:** | | | |
| **1** | Wymiary: 120 cm x 200 cm | Tak |  |
| **2** | Grubość materaca 15 cm – 20 cm | Tak |  |
| **3** | Twardość materaca – h2 do 80 kg | Tak |  |
| **4** | Materiał pianka-kokos z możliwością wymiany pokrowca | Tak |  |

1. **Pneumatyczne poduszki przeciwodleżynowe do wózka inwalidzkiego – 3 sztuki**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto**  **(PLN)** | **Wartość netto**  **(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Pneumatyczne poduszki przeciwodleżynowe do wózka inwalidzkiego  Producent: …………………………  …………………………  Okres gwarancji\*: …………………………  ………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętu  PODAĆ/OPISAĆ |
| **Pneumatyczne poduszki przeciwodleżynowe do wózka inwalidzkiego – 3 (trzy) sztuki** | | | |
| **1** | Poduszka wodoodporna | Tak |  |
| **2** | Poduszka z pokrowcem | Tak |  |
| **3** | Wymiary 39,00 cm x 39,00 cm (+/- 2 cm) | Tak |  |
| **4** | Wysokość 5 cm – 8cm | Tak |  |
| **5** | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie 150 kg lub wyższe | Tak |  |

1. **Zakup sprzętu rehabilitacyjnego do terapii indywidualnej dla dziecka**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto**  **(PLN)** | **Wartość netto**  **(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zakup sprzętu rehabilitacyjnego do terapii indywidualnej dla dziecka  Producent: …………………………  …………………………  Okres gwarancji\*: …………………………  ………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętu  PODAĆ/OPISAĆ |
| **Sprzęt rehabilitacyjny do terapii indywidualnej dla dziecka – 1 (jeden) zestaw** | | | |
| **1** | **Materac gimnastyczny**, antypoślizgowy, wymiary: 200 cm x 120 cm x 5 cm – 1 sztuka | Tak |  |
| **Huśtawka bocianie gniazdo do rehabilitacji SI – 1 sztuka** | | | |
| **1** | W komplecie cztery liny z możliwością regulacji. | Tak |  |
| **2** | Wymiary: długość: 1080 mm, szerokość: 835 mm, wysokość: 75 mm. |  |  |
| **3** | Maksymalne obciążenie huśtawki wynosi 150 kg | Tak |  |
| **Huśtawka w kształcie litery T do rehabilitacji SI – 1 sztuka** | | | |
| **1** | Wysokość całkowita – 80 cm | Tak |  |
| **2** | Długość siedziska – 85 cm | Tak |  |
| **3** | Szerokość siedziska – 20 cm | Tak |  |
| **4** | Średnica słupka – 16 cm | Tak |  |
| **5** | Waga – do 8 kg | Tak |  |
| **6** | Zakres regulacji – 45 cm | Tak |  |
| **7** | Maksymalne obciążenie – 100 kg | Tak |  |
| **Drabinka drewniana rehabilitacyjno-gimnastyczna – 1 sztuka** | | | |
| **1** | Wymiary 200 cm x 90 cm | Tak |  |
| **2** | Komplet okuć do montażu drabinki przy ścianie | Tak |  |
| **Kliny rehabilitacyjne (mix rozmiarów) – łącznie 3 sztuki** | | | |
| **1** | Wykonane z pianki poliuretanowej | Tak |  |
| **Huśtawka rehabilitacyjna/terapeutyczna typu „grzybek” – 1 sztuka** | | | |
| **1** | Miękkie poszycie zabezpieczające | Tak |  |
| **2** | Średnica siedziska 60 cm – 77 cm | Tak |  |
| **3** | Wyrób medyczny | Tak |  |
| **Maglownica do terapii zaburzeń integracji sensorycznej – 1 sztuka** | | | |
| **1** | Regulacja siły nacisku wałków | Tak |  |
| **2** | Wyrób medyczny | Tak |  |

1. **Zakup i dostawa mini skutera inwalidzkiego**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętu  PODAĆ/OPISAĆ |
| **Mini skuter inwalidzki – 1 (jedna) sztuka** | | | |
| **1** | Długość całkowita: 123 cm – 145 cm | Tak |  |
| **2** | Szerokość całkowita: 56 cm – 67 cm | Tak |  |
| **3** | Waga: 60 - 65 kg | Tak |  |
| **4** | Pokonywane wzniesienie: 15° | Tak |  |
| **5** | Dopuszczalne obciążenie: 120 kg lub wyższe | Tak |  |
| **6** | Moc wózka: 200 W | Tak |  |
| **7** | Prędkość maksymalna: 10 km/h – 15 km/h | Tak |  |
| **8** | Zasięg: 18 km lub wyższy | Tak |  |
| **9** | Regulowana wysokość siedziska | Tak |  |
| **10** | Koszyk na zakupy montowany na kolumnie kierowniczej | Tak |  |
| **11** | Oświetlenie drogowe | Tak |  |

1. **Zakup i dostawa wyposażenia wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego dla mieszkańców Gminy Wodzisław**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto**  **(PLN)** | **Wartość netto**  **(PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zakup i dostawa Zakup wyposażenia wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego dla mieszkańców Gminy Wodzisław  Producent: …………………………  …………………………  Okres gwarancji\*: …………………………  ………………………… | szt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry techniczne | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego sprzętu  PODAĆ/OPISAĆ |
| **WYPOSAŻENIE WYPOŻYCZALNI SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO DLA MIESZKAŃCÓW GMINY WODZISŁAW – KOMPLET** | | | |
| **Balkonik dla dorosłych** **(podpórka inwalidzka czterokołowa – balkonik) z siedziskiem – 2 sztuki** | | | |
| **1** | Wysokość całkowita 75 cm - 92 cm | Tak |  |
| **2** | Regulacja wysokości uchwytów | Tak |  |
| **3** | Dopuszczalna waga użytkownika: 110 kg lub wyższa | Tak |  |
| **4** | Materiał wykonania: aluminium | Tak |  |
| **5** | Średnica kół około 20 cm | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ciśnieniomierz naramienny automatyczny – 2 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 baterie AA, mankiet pomiarowy | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laska czteropunktowa - czwórnóg rehabilitacyjny: 4 sztuki** | | | |
| **1** | Cztery punkty podparcia zakończone gumowymi zabezpieczeniami antypoślizgowymi | Tak |  |
| **2** | Skokowa regulacja wysokości | Tak |  |
| **3** | Zakres regulacji od 730 mm do 960 mm | Tak |  |
| **4** | Dopuszczalne obciążenie: 100 kg lub wyższe | Tak |  |
| **5** | Ergonomicznie wyprofilowany uniwersalny uchwyt z tworzywa | Tak |  |
| **6** | Waga do 1 kg | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kule łokciowe dla dorosłych: 10 sztuk** | | | |
| **1** | Miękki uchwyt/rękojeść | Tak |  |
| **2** | Skokowa regulacja wysokości | Tak |  |
| **3** | Waga do 0,75 kg | Tak |  |
| **4** | Nasadka antypoślizgowa | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kule łokciowe dla dzieci: 10 sztuk** | | | |
| **1** | Miękki uchwyt/rękojeść | Tak |  |
| **2** | Skokowa regulacja wysokości | Tak |  |
| **3** | Waga do 0,55 kg | Tak |  |
| **4** | Nasadka antypoślizgowa | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Materac przeciwodleżynowy – 2 sztuki** | | | |
| **1** | Wymiary: 200 cm długości x 90 cm szerokości x 10 cm wysokości | Tak |  |
| **2** | Maksymalne obciążenie 150 kg | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wózek inwalidzki składany - 2 sztuki** | | | |
| **1** | Szerokość wózka w pozycji złożonej: około 26 cm | Tak |  |
| **2** | Szerokość wózka w pozycji rozłożonej: 61-67 cm | Tak |  |
| **3** | Przednie koła skrętne, tylne koła pompowane o średnicy około 60 cm | Tak |  |
| **4** | Pompka do pompowania kół w zestawie | Tak |  |
| **5** | Dopuszczalna waga użytkownika: 120 kg lub wyższa | Tak |  |
| **6** | Waga: do 19,00 kg | Tak |  |
| **7** | Produkt medyczny, atestowany | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rowerek treningowy - 2 sztuki** | | | |
| **1** | Wymiary: długość 90-100 cm x szerokość 49-60 cm x wysokość 136-143 cm | Tak |  |
| **2** | Możliwość regulacji siodełka | Tak |  |
| **3** | Dopuszczalna waga użytkownika: 135 kg lub wyższa | Tak |  |
| **4** | System oporu: magnetyczny | Tak |  |
| **5** | Kilkustopniowa regulacja oporu | Tak |  |
| **6** | Pomiar pulsu: sensory dotykowy umieszczone na kierownicy | Tak |  |
| **7** | Regulowane siodełko w pionie i poziomie | Tak |  |
| **8** | Wzmocniona stalowa konstrukcja | Tak |  |
| **9** | Rolki transportowe | Tak |  |
| **10** | Antypoślizgowe, samopoziomujące pedały z paskami zabezpieczającymi | Tak |  |
| **11** | Funkcje komputera (wyświetlacz LCD): czas trwania treningu, przebyty dystans, spalone kalorie, prędkość, poziom tętna | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rotor rehabilitacyjny - 3 sztuki** | | | |
| **1** | Wymiary: długość 35-50 cm x szerokość 38-42 cm x wysokość 23-30 cm | Tak |  |
| **2** | Dopuszczalna waga użytkownika: 100 kg lub wyższa | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gruszka rehabilitacyjna - 5 sztuk** | | | |
| **1** | Średnica ok. 90 cm | Tak |  |
| **2** | Wysokość ok. 120 cm | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mata piankowa do ćwiczeń - 16 sztuk** | | | |
| **1** | Wymiary: 180 cm x 60 cm x 1,5 cm | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kijki do Nordic Walking – 16 par** | | | |
| **1** | Długość 105 cm (10 par) | Tak |  |
| **2** | Długość 110 cm (6 par) | Tak |  |
| **3** | Wymienne nasadki; na każdą powierzchnię i na każdą porę roku (takie jak: groty metalowe, gumowe nasadki, nakładki na asfaltowe podłoże, talerzyki przystosowane do marszu w terenie, talerzyki na śnieg i lód) | Tak |  |
| **4** | Regulowane, odpinane paski na nadgarstki | Tak |  |
| **5** | Ergonomicznie uformowana rękojeść umożliwiająca pewny chwyt i odciążająca nadgarstek | Tak |  |
| **6** | Antypoślizgowe, korkowe rączki absorbujące wilgoć | Tak |  |
| **7** | Kijki wykonane z lekkiego i wytrzymałego aluminium | Tak |  |
| **8** | Wbudowany system amortyzacji "anti-shock" chroniący stawy kolanowe i kręgosłup | Tak |  |
| **9** | Waga kompletu maksymalnie do 700 g | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Łóżko rehabilitacyjne z materacem piankowym, materacem przeciwodleżynowym i stolikiem przyłóżkowym – 1 komplet** | | | |
|  | Opis łóżka | | |
| **1** | Wszystkie funkcje łóżka sterowane elektronicznie przy pomocy pilota | Tak |  |
| **2** | Regulacja wysokości tylko od strony głowy (pozycja siedząca) – antytrendelenburg | Tak |  |
| **3** | Wysięgnik i barierki w standardzie | Tak |  |
| **4** | Metalowe leże | Tak |  |
| **5** | Obudowa wykonana z drewna | Tak |  |
| **6** | System transportowy pozwalający na łatwe przestawianie i przechowywanie całego łóżka w komplecie | Tak |  |
| **7** | Regulacja wysokości montażu leża w zależności od potrzeb i wzrostu pacjenta | Tak |  |
| **8** | Szerokość całkowita: do 105 cm | Tak |  |
| **9** | Długość całkowita: do 216 cm | Tak |  |
| **10** | Dopuszczalne obciążenie: 175 kg lub wyższe | Tak |  |
|  | Opis materaca przeciwodleżynowego | | |
| **1** | Wymiary materaca dostosowane do wymiarów łóżka | Tak |  |
| **2** | Zdejmowany pokrowiec zapinany na suwaki umożliwiający łatwe utrzymanie czystości | Tak |  |
|  | Opis stolika przyłóżkowego | | |
| **1** | Minimum 2 kółka posiadające hamulce zaciskowe | Tak |  |
| **2** | Waga do 7 kg | Tak |  |
| **3** | Zakres regulacji wysokości, wysokość maksymalna do 110 cm | Tak |  |
| **4** | Wymiary blatu 35-40 cm x 55-60 cm | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bieżnia elektryczna rehabilitacyjna z uchwytem na całej długości powierzchni do chodzenia - 1 sztuka** | | | |
| **1** | Wysokości 80 - 90 cm | Tak |  |
| **2** | Wymiar powierzchni bieżni min.120 cm x 40 cm | Tak |  |
| **3** | Regulacja prędkości | Tak |  |
| **4** | Czytelny wyświetlacz LCD | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Piłka rehabilitacyjna - łącznie 16 sztuk** | | | |
| **1** | Rozmiar 45 cm (3 szt.) | Tak |  |
| **2** | Rozmiar 55 cm (6 szt.) | Tak |  |
| **3** | Rozmiar 65 cm (5 szt.) | Tak |  |
| **4** | Rozmiar - 75 cm (2 szt.) | Tak |  |
| **5** | Specjalna struktura, która uniemożliwia ślizganie się ciała po jej powierzchni podczas ćwiczeń | Tak |  |
| **6** | Piłki w zestawie z pompką. | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Taśma rehabilitacyjna - łącznie 16 sztuk** | | | |
| **1** | Minimalna długość taśmy 1,5 m | Tak |  |
| **2** | Minimalna szerokość taśmy 12 cm | Tak |  |
| **3** | Siła oporu – słaby opór 6 sztuk (czerwona) | Tak |  |
| **4** | Siła oporu – średni opór 5 sztuk (zielona) | Tak |  |
| **5** | Siła oporu – mocny opór 5 sztuk (niebieska) | 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)