# FORMULARZ OFERTY - ZAŁĄCZNIK NR 2.1 SIWZ

**OFERTA**

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

 Pieczęć Wykonawcy

|  |  |
| --- | --- |
| *Przedmiot zamówienia* | **Zakup i dostawa sprzętu medycznego z wyposażeniem oraz przeszkolenie personelu w ramach zadania pn.„Przebudowa i remont pomieszczeń na potrzeby Transgranicznej Akademii Edukacji Prewencji zdrowotnej i Rehabilitacji w WOSiR Drzonków.** |
| *Klasyfikacja CPV* | 33.10.00.00-1 Urządzenia Medyczne |
| *Części zamówienia* | nie |
| *Tryb postępowania* | Przetarg nieograniczony |
| *Wartość zamówienia* | Poniżej 214.000 Euro |
| *Publikacja* | Biuletyn Zamówień Publicznych nr  |
| *Podstawa* | Art. 8 ust. 1, art. 10 ust. 1, art. 11 ust. 1 pkt. 1, art. 39, art. 43 ust.1 - Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych **(Dz. U. z 2019 r. poz. 1843** ze zmianami) |
| *Numer postępowania* | ZP/PN/03/2/2020 |
| **Wypełnia Wykonawca** |
| Nazwa Firmy(w przypadku konsorcjum zaznaczyć lidera) |  |
|  |
| Zarejestrowana siedziba, adres |  |
|  |
| Wykonawca jest przedsiębiorcą wg kategorii: | Mikro / Średnie / Małe Przedsiębiorstwo (\*) |
| Telefon |  |
| Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie przetargu/oferty (dział ZP itp.): | *Imię i nazwisko:*  |
| *telefon/fax:*  |
| *e-mail:*  |
| Reprezentacja strony umowy zgodnie z KRS, pełnomocnictwem lub innym dokumentem (*aktualny na dzień złożenia oferty*) | *Imię i nazwisko:*  |
| *stanowisko / funkcja:*  |
| Oferta sporządzona, zawiera | *Miejscowość: Data:* |
| *Numeracja: od ……….……… do ………….…….* |

**………………………………………………………………………………………….**

*podpis Wykonawcy lub uprawnionego przedstawiciela*

**Kategoria przedsiębiorstw (na podst. ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (tekst jednolity Dz. U. 2019, poz. 1292 z późn. zm.):**

1) mikroprzedsiębiorca - przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro;

2) mały przedsiębiorca - przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro

- i który nie jest mikroprzedsiębiorcą;

3) średni przedsiębiorca - przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro

- i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą;

**CZ. III SIWZ: WYKAZ SPRZĘTU (OPZ).**

 **Załącznik nr. 2.1.1 do formularza oferty**

**1. Zestaw do ćwiczeń rehabilitacyjnych w odciążeniu -** Ilość sztuk: 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane,**  |
| 1 | Konstrukcja sufitowa o wymiarach maks. 180 cm dł. x 77 szer. cm wykonana z aluminium z dwoma trawersami. Dodatkowo 4 nóżki dystansowe do konstrukcji o dł. 100 cm. | TAK |  |
| 2 | Konstrukcja mocowana do stropu minimalnie czteropunktowo dla zwiększenia sztywności podczas jej pracy.  | TAK |  |
| 3 | Trawersy suwane po prowadnicach na podkładkach teflonowych, które zapewniają trwałość i są odporne na ścieranie. | TAK |  |
| 4 | Trawersy wyposażone w hamulec blokowany i zwalniany za pomocą linki, mogący być obsługiwany jedną ręką. | TAK |  |
| 5 | Aparaty wieszane na trawersach zdejmowalne i mobilne, do zawieszenia na innym punkcie mocującym. | TAK |  |
| 6 | Liczba aparatów dostarczonych z zestawem do zwieszenia na trawersach. | Min. 2 |  |
| 7 | Z dedykowanym do tego zestawu pełnym osprzętem. | TAK |  |
| 8 | Gwarancja minimum 24 miesiące. | TAK |  |
| 9 | System posiada certyfikat CE i jest wyrobem medycznym. | TAK |  |

**2. Siedmiosekcyjny stół do rehabilitacji -** Ilość sztuk: 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Wartość****Wymagana** | **Parametry oferowane,**  |
|  | Stół do rehabilitacji sterowany elektrycznie za pomocą ramy wokół podstawy stołu | TAK |  |
|  | Ilość sekcji: 7 | TAK |  |
|  | Regulacja zagłówka za pomocą sprężyny gazowej | TAK |  |
|  | Wyprofilowany zagłówek z otworem na twarz wraz z zatyczką | TAK |  |
|  | Pochylenie sekcji środkowej regulowane za pomocą siłownika elektrycznego w zakresie 0-30⁰ | TAK |  |
|  | Podstawa jezdna z system 2 kółek i 2 antypoślizgowych gumowych stopek z regulacją do 1 cm | TAK |  |
|  | Kąt pochylenia zagłówka w przedziale +40º do -70º | TAK |  |
|  | Regulacja sekcji nożnej za pomocą sprężyny gazowej w przedziale 0º-85º | TAK |  |
|  | Rączka zwalniająca system sprężyn gazowych do regulacji sekcji nożnej dostępna z obu stron stołu | TAK |  |
|  | Dwuwarstwowa tapicerka dostępna w wielu wersjach kolorystycznych | TAK |  |
|  | Śruby mocujące leżysko wkręcane w metalowe wzmocnienia znajdujące się w desce tapicerki | TAK |  |
|  | Malowana proszkowo, stabilna rama spawana automatycznie | TAK |  |
|  | Łącznik z tapicerki maskujący przerwy pomiędzy sekcjami | TAK |  |
|  | Regulacja wysokość w przedziale 510-990mm | TAK |  |
|  | System zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu wyposażony w dwa stożkowe klucze magnetyczne | TAK |  |
|  | Waga nie większa niż 120 kg | TAK |  |
|  | Obciążenie max 350 kg | TAK |  |
|  | Wymiary minimum 2050x690 mm (dł. x szer.) | TAK |  |
|  | Relingi do zamocowania pasów stabilizacyjnych oraz otwory na bananki | TAK |  |
|  | Magnetyczny, bezgłośny przełącznik zmiany wysokości | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V/50Hz | TAK |  |
|  | Opuszczane boczki zagłówka | TAK |  |
|  | Opuszczane boczki sekcji środkowej | TAK |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące | TAK |  |

**3. Mata do ćwiczeń -** Ilość sztuk: 14

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Wartość****Wymagana** | **Parametry oferowane,**  |
| 1 | Mata o wymiarach minimum 185 x 60 x 1,5 cm | TAK |  |
| 2 | Waga nie większa niż 2,2 kg | TAK |  |
| 3 | Mata pokryta antybakteryjną powłoką Sanitized, eliminującą rozwój grzybów i bakterii | TAK |  |
| 4 | Mata odporna na działanie wody i wilgoci, możliwość zastosowania przy zabiegach hydroterapii | TAK |  |
| 5 | Doskonale rozkłada nacisk części ciała na podłoże | TAK |  |
| 6 | Możliwość łatwego zrolowania maty | TAK |  |

**4. Poduszka sensomotoryczna -** Ilość sztuk: 14

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Wartość****Wymagana** | **Parametry oferowane,**  |
| 1 | Poduszka o wymiarach minimum 50 x 41 x 6 cm | TAK |  |
| 2 | Waga nie większa niż 0,7 kg | TAK |  |
| 3 | Poduszka wykonana z materiału ograniczającego jej ślizganie się po podłożu lub w specjalnie profilowaną powierzchnię zapewniającą stabilność | TAK |  |
| 4 | Mata odporna na działanie wody i wilgoci, możliwość zastosowania przy zabiegach hydroterapii | TAK |  |
| 5 | Doskonale rozkłada nacisk części ciała na podłoże | TAK |  |
| 6 | Przeznaczona do ćwiczenia równowagi, koordynacji i stabilności. Przeznaczona do ćwiczeń w pomieszczeniach, na dworze i w wodzie w rehabilitacji, fitnessie i sporcie | TAK |  |

**5. Stojak na maty i poduszki równoważne -** Ilość sztuk: 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Wartość****Wymagana** | **Parametry oferowane,**  |
| 1 | Stojak na poduszki o wymiarach minimum 50 x 41 x 6 cm | TAK |  |
| 2 | Stojak na maty o wymiarach minimum 185 x 60 x 1,5 cm | TAK |  |
| 3 | Stojak na kółkach z nierdzewnej stali | TAK |  |

**6. Piłka rehabilitacyjna (65 cm) -** Ilość sztuk: 12

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
| 1 | Piłka rehabilitacyjna o średnicy 65 cm | TAK |  |
| 2 | Wykonana z tworzywa odpornego na pęknięcia o dużej wytrzymałości mechanicznej  | TAK |  |
| 3 | Piłka w kolorze niebieskim  | TAK |  |
| 4 | Bezpieczna – w razie przebicia, właściwości materiału sprawiają powolne wydobycie się powietrza | TAK |  |

**7. Piłka rehabilitacyjna (75cm) -** Ilość sztuk: 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
| 1 | Piłka rehabilitacyjna o średnicy 75 cm | TAK |  |
| 2 | Wykonana z tworzywa odpornego na pęknięcia o dużej wytrzymałości mechanicznej  | TAK |  |
| 3 | Piłka w kolorze niebieskim  | TAK |  |
| 4 | Bezpieczna – w razie przebicia, właściwości materiału sprawiają powolne wydobycie się powietrza | TAK |  |

**8. Stojak na piłki rehabilitacyjne -** Ilość sztuk: 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
| 1 | Stojak wykonany z metalu.Wysokość min. 195 cm, średnica min. 100 cm | TAK |  |
| 2 | Regulowane obręcze  | TAK |  |
| 3 | Piłki o różnych wielkościach  | TAK |  |
| 4 | Stojak na dziesięć piłek | TAK |  |

**9. Foam roller -** Ilość sztuk: 14

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
| 1 | Wyżłobiona powierzchnia dla większej stymulacji mięśni | TAK |  |
| 2 | Efekt silnego masażu | TAK |  |
| 3 | Wykonany z najwyższej jakości pianki - odpornej na uszkodzenia i odkształcenia | TAK |  |
| 4 | Stopień twardości: średni | TAK |  |
| 5 | Wymiar: minimum 30 x 15 cm | TAK |  |
| 6 | Hipoalergiczny, bezzapachowy, wodoodporny, łatwy w czyszczeniu | TAK |  |

**10. Model Kręgosłupa -** Ilość sztuk: 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
| 1 | Elastyczny model kręgosłupa dedykowany dla fizjoterapeutów, osteopatów, terapeutów manualnych, ortopedów. Skala 1:1. Możliwość odłączenia miednicy | TAK |  |
| 2 | Montaż na elastycznym metalowym pręcie spiralnym | TAK |  |
| 3 | Specjalne elastyczne dyski międzykręgowe zachowują się jak naturalne | TAK |  |
| 4 | Model posiada także nerwy rdzeniowe i tętnicę kręgową oraz podstawę ze statywem | TAK |  |
| 5 | Poszczególne segmenty kręgosłupa posiadają elastyczne dyski międzykręgowe wykonane ze pianki, które ściskają się po jednej stronie i rozszerzają po przeciwnej stronie, tak jak w naturalnych warunkach | TAK |  |
| 6 | Elastyczne dyski międzykręgowe zapobiegają nienaturalnej szczelinie między trzonem kręgowym a dyskiem międzykręgowym, gdy kręgosłup jest zgięty | TAK |  |
| 7 | Wszystkie części kości są odlane z naturalnego kręgosłupa i pokazują anatomiczne detale takie jak szczeliny, wyrostki, otwory, bruzdy, guzki | TAK |  |
| 8 | Elastyczne krążki międzykręgowe, wychodzące nerwy rdzeniowe i naturalna ruchliwość bardzo dobrze pokazują wzajemne oddziaływanie między krążkiem międzykręgowym, kręgiem i nerwami  | TAK |  |
| 9 | Wysokość minimum: 70 cm | TAK |  |
| 10 | Waga nie większa niż: 1,8 kg model z podstawą | TAK |  |
| 11 | Staw krzyżowy jest ruchomy w naturalnym zakresie - ok. 2 stopnie ruchomości | TAK |  |

**11. Model kręgosłupa z klatką piersiową oraz tylnymi elementami czaszki -** Ilość sztuk: 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
| 1 | Model kręgosłupa z klatką piersiową, kością potyliczną, tętnicami kręgowymi, rdzeniem kręgowym, nerwami rdzeniowymi i ruchomą klatką piersiową | TAK |  |
| 2 | Krążki międzykręgowe zostały wykonane ze specjalnej pianki dzięki czemu zachowują się jak naturalne | TAK |  |
| 3 | Poszczególne kręgi zostały zamocowane na elastycznym teleskopie co czyni ten model bardzo wytrzymałym i jednocześnie mobilnym | TAK |  |
| 4 | Sposób połączenia żeber z mostkiem oraz kręgosłupem pozwala na imitację naturalnych ruchów klatki piersiowej oraz budowę i funkcję stawów żebrowo-kręgowych i żebrowo-mostkowych. | TAK |  |
| 5 | Model pozwala także na wykonywanie ruchów asymetrycznych dzięki specjalnemu połączeniu klatki piersiowej z chrząstkami żeber | TAK |  |
| 6 | Wysokość minimum: około 70 cm | TAK |  |
| 7 | Waga nie większa niż 5,3 kg | TAK |  |

**12. Model zapalenia stawu kolanowego -** Ilość sztuk: 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
| 1 | Model stawu kolanowego przedstawiający przebieg choroby zwyrodnieniowej  | TAK |  |
| 2 | Produkt składa się z czterech modeli stawu kolanowego na jednej podstawie. Modele przedstawiają 4 stopnie choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego | TAK |  |

**13. Plansza na ścianę – układ mięśniowy człowieka -** Ilość sztuk: 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
| 1 | Wymiar minimum: wys. 100 cm, szer. 70 cm | TAK |  |
| 2 | Wyposażone w listwę usztywniającą do zawieszenia na ścianie, w języku polskim | TAK |  |

**14. Kolumna do treningu funkcjonalnego -** Ilość sztuk: 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
|  | Kolumna przyścienna do treningu funkcjonalnego  | TAK |  |
|  | Posiada dwa regulowane uchwyty  | TAK |  |
|  | Posiada dwie liny z czego maksymalna długość wyciągnięcia jednej liny to 11 metrów | TAK |  |
|  | Posiada specjalny mechanizm zapewniający przełożenie 1:5. Umożliwia wykonywanie dynamicznych ruchów bez efektu podskakiwania stosu | TAK |  |
|  | Bezpiecznie obudowany stos obciążników | TAK |  |
|  | Cztery punkty zaczepu do ściany | TAK |  |
|  | Kolumna wyposażona w stos o wadze co najmniej 100 kg | TAK |  |
|  | Stos: 20 x 5 kg |  |  |
|  | Wysokość całkowita maximum: 216 cm | TAK |  |
|  | Szerokość minimum: 51 cm | TAK |  |
|  | Głębokość minimum: 46 cm | TAK |  |
|  | Waga całkowita: 174 kg | TAK |  |

**15. Koziołek -** Ilość sztuk: 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
|  | Ergonomiczny, lekki i wygodny koziołek lekarski dla lekarzy oraz terapeutów z chromowaną podstawą i kolumną | TAK |  |
|  | Siedzisko obite skajem | TAK |  |
|  | Mechanizm regulacji TILT o zakresie co najmniej 15⁰ | TAK |  |
|  | Podstawa chromowana | TAK |  |
|  | Kółka skrętne, podgumowane | TAK |  |
|  | Wysokość regulowana w zakresie co najmniej: 500 - 700 mm | TAK |  |
|  | Średnica podstawy nie więcej niż: 600 mm | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie co najmniej [kg]: 150 | TAK |  |

**16. Zestaw taśm do ćwiczeń -** Ilość sztuk: 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
|  | Zestaw zawiera 28 szt. taśm do ćwiczeń z oporem elastycznym 14 średnich i 14 mocnych  | TAK |  |
|  | Zestaw zawiera między innymi taśmy o oporze średnim, dużym, mocnym, extra mocnym | TAK |  |

**17. Drabinka treningowa -** Ilość sztuk: 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
|  | Narzędzie do różnorodnych ćwiczeń, które służy przede wszystkim do poprawy wytrzymałości i umiejętności koordynacji | TAK |  |
|  | Idealna do szkolenia i umiejętności prędkości | TAK |  |
|  | Nadaje się do użytku w pomieszczeniach zamkniętych, na zewnątrz i siłowni | TAK |  |
|  | **Wymiary** minimum: długość 958 cm x szerokość 50 cm | TAK |  |
|  | Regulowany rozmiar pól | TAK |  |

**18. Drabinka -** Ilość sztuk: 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
| 1 | Materiał – tarcica iglasta | TAK |  |
| 2 | Lakierowana dwukrotnie lakierem bezbarwnym | TAK |  |
| 3 | Połączenia klejone klejem wodoodpornym | TAK |  |
| 4 | Wymiary minimum: 250x90 cm | TAK |  |
| 5 | Komplet okuć do montażu | TAK |  |
| 6 | Wysokość montażu do ściany 35cm i 185 cm od posadzki | TAK |  |

**19. Lustro -** Ilość sztuk: 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
| 1 | Wymiary minimum: 500x200 cm | TAK |  |
| 2 | Grubość minimum: 4 mm | TAK |  |

**20. Walec -** Ilość sztuk: 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry wymagane | WartośćWymagana | Parametry oferowane |
| 1 | Wykonany z drewna o wymiarach minimum:- szerokość: 39 cm- długość: 37 cm- wysokość: 11 cmWaga około: 3 kg | TAK |  |
| 2 | Bez sandałów | TAK |  |

**21. Przenośny aparat USG –** sztuk 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry techniczne** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
|  1 | Mobilny system ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem o cyfrowym układzie formowania wiązki ultradźwiękowej. Aparat o nowoczesnej konstrukcji i ergonomii wygodnej w obsłudze, z zintegrowaną stacją roboczą i system archiwizacji  | Tak |  |
| 2 |  Aparat fabrycznie nowy , rok produkcji 2013 | TakPodać |  |
| 3 | Minimum 2 aktywne gniazda do podłączenia głowic obrazowych | TakPodać |  |
| 4 | Minimum 12-calowy monitor LCD | Tak Podać |  |
| 5 | Panel sterowniczy oraz klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania danych | Tak |  |
| 6 | Maksymalny ciężar jednostki głównej 15 kg | TakPodać |  |
| 7 | Zasilanie sieciowe | Tak |  |
| 8  | Zasilanie bateryjne. Czas pracy na baterii min. 1 godzina. | TakPodać |  |
| 9 | Stolik roboczy dla aparatu ultrasonograficznego | Tak |  |
| 10 | Torba transportowa do przemieszczania ultrasonografu i głowic | Tak |  |
| 11 | Zasięg obrazowania systemu – min. 24 cm | TakPodać |  |
| 12 | Obrazowanie harmoniczne  | Tak |  |
| 13 | Obrazowanie typu compound | Tak |  |
|  14 | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (CINE MEMORY) – min. 500 | TakPodać |  |
| 15 | Tryby pracy aparatu minimum: BB+B4BM-modeKolor Doppler (CD)Power Doppler (PD)Spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD)Tryb duplex (B+CD; B+PWD, B+PD)Tryb TRIPLEX (B+CD+PWD; B+PD+PWD) | TakPodać |  |
| 16 | Maksymalna częstotliwość odświeżania (frame rate) aparatu w trybie 2D – min. 350 Hz | TakPodać |  |
| 17 | Powiększenie dla obrazów na żywo, obrazów zamrożonych  | Tak |  |
| 18 | Zainstalowane w oferowanym aparacie oprogramowanie do badań: - brzusznych- naczyniowych- urologicznych- ginekologiczno-położniczych- małych narządów- mięśni szkieletowych | TakPodać |  |
| 19 | Pomiary dla trybu B min. :- odległości- obwodu- pola powierzchni- objętości | TakPodać |  |
| 20 | Maksymalna wartość częstotliwości PRF dla Dopplera Pulsacyjnego (PWD) – min. 5 kHz. | TakPodać |  |
| 21 | Zakres wielkości bramki Dopplerowskiej w trybie Dopplera pulsacyjnego (PWD) – min. 1-15 mm | TakPodać |  |
| 22 | Maksymalna wartość częstotliwości PRF dla Dopplera kolorowego (CD) – min. 5 kHz | Tak Podać |  |
|  | **ARCHIWIZACJA** |  |  |
| 23 | Wbudowana w aparat baza pacjentów, raportów z badań, obrazów przechowywana na dysku twardym o pojemności min. 80 GB. | TakPodać |  |
|  | **GŁOWICE** |  |  |
| 25 | Głowica Liniową.zakres pracy min. 5-12 MHz. Długość czoła 50+/- 5 mm  Ilość elementów min. 128. | TakPodać |  |
|  | **POZOSTAŁE** | Tak |  |
| 26 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące |  |  |
| 27 | Instrukcja obsługi, karta gwarancyjna, paszport techniczny oraz wymagane certyfikaty w języku polskim do dostarczenia w momencie ewentualnej instalacji | TakPodać |  |
| 28 | Bezpłatna dostawa, instalacja, uruchomienie sprzętu i szkolenie Personelu w zakresie obsługi systemu | Tak |  |
| 29 | Termin dostawy systemu-nie później niż 4 tygodnie od podpisania umowy | Tak |  |

**Parametry określone w kolumnie 2 są parametrami granicznymi , których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu w kolumnie 4 jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń .**

**OFERTA CENOWA Zał. 2.1.2 do oferty**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Ilość sztuk** | **Cena jednostkowanetto** | **Wartość ogółem netto** | **Kwota VAT** | **Wartość ogółem brutto** |
| **1.** | **Zestaw do ćwiczeń rehabilitacyjnych w odciążeniu**  | **2** |  |  |  |  |
| **2.** | **Siedmiosekcyjny stół do rehabilitacji**  | **5** |  |  |  |  |
| **3.** | **Mata do ćwiczeń**  | **14** |  |  |  |  |
| **4.** |  **Poduszka sensomotoryczna**  | **14** |  |  |  |  |
| **5.** | **Stojak na maty i poduszki równoważne**  | **1** |  |  |  |  |
| **6.** | **Piłka rehabilitacyjna (65 cm)**  | **12** |  |  |  |  |
| **7.** | **Piłka rehabilitacyjna (75cm)**  | **2** |  |  |  |  |
| **8.** | **Stojak na piłki rehabilitacyjne**  | **1** |  |  |  |  |
| **9.** | **Foam roller**  | **14** |  |  |  |  |
| **10.** | **Model Kręgosłupa**  | **1** |  |  |  |  |
| **11.** | **Model kręgosłupa z klatką piersiową oraz tylnymi elementami czaszki**  | **1** |  |  |  |  |
| **12.** | **Model zapalenia stawu kolanowego**  | **1** |  |  |  |  |
| **13.** | **Plansza na ścianę – układ mięśniowy człowieka**  | **3** |  |  |  |  |
| **14.** | **Kolumna do treningu funkcjonalnego**  | **1** |  |  |  |  |
| **15.** | **Koziołek**  | **3** |  |  |  |  |
| **16.** | **Zestaw taśm do ćwiczeń**  | **1** |  |  |  |  |
| **17.** | **Drabinka treningowa**  | **1** |  |  |  |  |
| **18.** | **Drabinka**  | **2** |  |  |  |  |
| **19.** | **Lustro**  | **1** |  |  |  |  |
| **20.** | **Walec**  | **1** |  |  |  |  |
| **21.** | **Przenośny aparat USG**  | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |

**I. Oferujemy 24 miesięczny okres gwarancji na przedmiot zamówienia:**

**II. Oferujemy dodatkowy okres gwarancji na wybrany sprzęt:**

 **…………………………………miesięcy.**

**………………………………………………………………**

*podpis Wykonawcy lub uprawnionego przedstawiciela*

|  |
| --- |
| **Podwykonawcy** |
| 32 | Zgodnie z art. 36 a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. PZP oświadczamy że: **zamierzamy / nie zamierzamy** (niepotrzebne skreślić)powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom. |  |
| 33 | Przy udziale podwykonawców. Części zamówienia, które Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom (opisać / wskazać zakres) |  |
| a) |  |  |
| b) |  |  |

 **………………………………………………………………**

*podpis Wykonawcy lub uprawnionego przedstawiciela*

**ZAŁĄCZNIK NR 2.2A**

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

 Pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (**Dz. U. z 2019 r. poz. 1843** ze zmianami),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Firmy |  |
|  |
| Zarejestrowana siedziba, adres |  |
|  |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli |  |

Reprezentując firmę, której nazwa jest wskazana w pieczęci nagłówkowej, jako upoważniony na piśmie lub wpisany w odpowiednich dokumentach, na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **Zakup i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego oraz przeszkolenie personelu w ramach zadania** pn.„ **Przebudowa i remont pomieszczeń na potrzeby Transgranicznej Akademii Edukacji Prewencji zdrowotnej i Rehabilitacji w WOSiR Drzonków.**

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdział II SIWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: w następującym zakresie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**……………………………………………………………….**

*podpis Wykonawcy lub uprawnionego przedstawiciela*

**ZAŁĄCZNIK NR 2.2B**

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

 Pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (**Dz. U. z 2019 r. poz. 1843** ze zmianami)

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Firmy |  |
|  |
| Zarejestrowana siedziba, adres |  |
|  |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli |  |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego oraz przeszkolenie personelu w ramach zadania** pn.„ **Przebudowa i remont pomieszczeń na potrzeby Transgranicznej Akademii Edukacji Prewencji zdrowotnej i Rehabilitacji w WOSiR Drzonków.**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy PZP
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy PZP

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy PZP *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy PZP).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust.5 pkt.1 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ DOSTAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ DOSTAWCA**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania
o udzielenie zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

 *podpis Wykonawcy lub uprawnionego przedstawiciela*

**ZAŁĄCZNIK NR 2.3**

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

 Pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE W SPRAWIE PRZYNALEZNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ** 1)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Firmy |  |
|  |
| Zarejestrowana siedziba, adres |  |
|  |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli |  |

Na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych informuję, że

nie należę do grupy kapitałowej

/

należę do grupy kapitałowej w skład której wchodzą niżej wymienione podmioty:2)

|  |  |
| --- | --- |
| **l.p.** | **Dane podmiotu**(nazwa, adres) |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |

1) *Oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej informacji o której mowa w Art. 86 ust. 5 Ustawy PZP*

2) *niepotrzebne skreślić*

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

*podpis Wykonawcy lub uprawnionego przedstawiciela*

**ZAŁĄCZNIK NR 2.4**

**Art. 22a ust. 1 Ustawa PZP ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU/PODMIOTÓW ODDAJĄCYCH**

**DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu udostępniającego zasoby |  |
|  |
| Zarejestrowana siedziba, adres |  |
|  |

Niniejszym zobowiązuję się do oddania do dyspozycji Wykonawcy: (*nazwa Wykonawcy zamówienia publicznego*)

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

niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia. Zakres udostępnianych zasobów (proszę podać/ opisać udostępniony zasoby), wskazując:

1. zakres dostępnych Wykonawcy zasobów innego podmiotu: …...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................sposób wykorzystania zasobów innego podmiotu, przez Wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia,

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

1. charakter stosunku, jaki będzie łączył Wykonawcę z innym podmiotem,

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

Okres udostępnienia zasobów ………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Załączam dokumenty** o których mowa w Rozdział III, pkt. 8 SIWZ: **TAK / NIE** (niepotrzebne skreślić)

**………………………………………………………………**

*podpis Wykonawcy lub uprawnionego przedstawiciela*