Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego

Formularz ofertowy cz.1/2

	DANE OFERENTA	
Nazwa podmiotu: (dane teleadresowe / pieczęć firmowa)		
NIP, REGON		

OFERTA CENOWA			
Oferuję realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z Zapytaniem ofertowym: HOLTER RR - 4 sztuki			
Lp.	Parametry nie gorsze niż:	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Jednostka główna		Tak/Nie/ podać wartości parametru
2	Urządzenie medyczne do całodobowego monitorowania ciśnienia tętniczego krwi	Tak	
3	Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 dostarczony i uruchomiony przez autoryzowanego dystrybutora producenta.	Tak	
4	2 metody pomiaru oscylometryczna i Korotkova	Tak	
5	Automatyczny zapis pomiarów w pamięci	Tak	
6	Zakres pomiaru 25-300 mmHg (ciśnienie)	Tak	
7	Zakres pomiaru 40-300 bpm (tętno)	Tak	
8	Mierzone wartości		
9	Ciśnienie skurczowe (SYS)	Tak	
10	Ciśnienie rozkurczowe (DIA)	Tak	
11	Ciśnienie średnie (MAP)	Tak	
12	Tętno	Tak	
13	Inne funkcje	Tak	
14	Niezależne programowanie interwałów w zakresie 5-120 min.	Tak	
15	Pomiary na żądanie	Tak	
16	Automatyczne wykrywanie błędów pomiarowych	Tak	

Projekt pn. „Opieka koordynowana nad pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej w "Centrum Medycznym" Sp. z o.o. w Rybniku w zakresie schorzeń chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego oraz chorób nowotworowych ze szczególnym uwzględnieniem chorób tarczycy" dofinansowanego z Funduszy Europejskich w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego)

17	Automatyczny dobór ciśnienia w mankiecie	Tak	
18	Czas rejestracji do 48h	Tak	
19	Ekranowe menu funkcyjne, wyzwalanie dodatkowych pomiarów (funkcja zdarzenia pacjenta)	Tak	
20	Uruchamianie badań za pomocą oprogramowania na PC lub bezpośrednio z urządzenia	Tak	
21	Możliwość dodawania profilów użytkownika	Tak	
22	Inne wymagania		
	Gwarancja zapewniona przez autoryzowanego dystrybutora producenta na 36 m-cy	Tak	
23	Instrukcja obsługi w języku polskim	Tak	
24	Szkolenie instruktażowe personelu z obsługi aparatu	Tak	
W cenie	..... PLN netto sprzęt .....PLN brutto sprzęt		

.....
(Miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Wykonawcy/pieczęć)

Formularz ofertowy cz. 2/2

OŚWIADCZENIE OFERENTA O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁUW POSTĘPOWANIU

Odpowiadając na zapytanie ofertowe ja, niżej podpisany/a oświadczam, że nie zachodzą okoliczności wyłączające mnie z ubiegania się o zamówienie, w szczególności oświadczam, że:

1. Posiadam niezbędna wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia.
2. Prowadzę działalność gospodarczą o profilu odpowiadającym zamówieniu.
3. Dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym, organizacyjnym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
4. Nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym - CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, 44-200 Rybnik, ul. Byłych Więźniów Politycznych 3, NIP 642-270-66-42

Przez powiązanie kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Beneficjentem projektu/Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Beneficjenta/Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu w/w podmiotów czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa;
c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

5. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24,ust.1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1986)
6. Zapoznałem się z zapytaniem ofertowym i zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z wytycznymi, szczególnie w zakresie aspektów społecznych.

.....

.....

(miejscowość, data)

(czytelny podpis Wykonawcy/pieczęć)

Projekt pn. „Opieka koordynowana nad pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej w "Centrum Medycznym" Sp. z o.o. w Rybniku w zakresie schorzeń chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego oraz chorób nowotworowych ze szczególnym uwzględnieniem chorób tarczycy" dofinansowanego z Funduszy Europejskich w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego)