

pieczęć firmowa wykonawcy

**Formularz oferty**

Nazwa i adres oferenta

.....

Tel/Fax .....

**Część I**

W nawiązaniu do ogłoszenia o postępowaniu o zamówienie publiczne w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę 2 unitów stomatologicznych składam następującą ofertę:

**Podać dane urządzenia : nazwa, typ, rodzaj, producent, kraj pochodzenia, rok produkcji**

.....

.....

Cena brutto za 1 szt .....zł .

Cena brutto (wartość) .....zł .

Słownie .....

W tym Vat .....% tj .....zł .

Oświadczam, że urządzenie spełnia parametry:

Parametry graniczne	Potwierdzenie spełnienia warunku granicznego	Parametry oferowane
Przedmiot zamówienia musi być fabrycznie nowy, rok produkcji 2013/2014		
<b>Fotel</b>		
napęd elektromechaniczny		
maksymalne obciążenie 150 kg		
sterowanie funkcjami fotela ze sterownika nożnego, konsoli lekarza		
automatyczny powrót do pozycji zerowej		
pozycje programowalne minimum 2 programy		
nożne sterowanie pracą instrumentów		
zagłówek "chirurgiczny" z wielostopniową regulacją położenia		
bezszywowa tapicerka		
jeden sterownik nożny funkcji fotela i unitu		

<b>Konsola ( stolik lekarza):</b>		
górne prowadzenie rękawów " od góry ", z blokadą, możliwość ustawienia narzędzi na stoliku w dowolnej kolejności		
klawiatura sterująca pracą narzędzi, funkcjami fotela, spluwaczki, lamy zabiegowej, regulacja wody do każdego narzędzia, blokada ruchu stolika, negatoskop.		
strzykawko - dmuchawka 3 - funkcyjna / do sterylizacji /( woda, spray, powietrze )		
indywidualna regulacja spray'u		
skaler ultradźwiękowy		
podświetlany rękaw turbiny		
podświetlany rękaw mikrosilnika pneumatycznego		
podświetlany rękaw mikrosilnika elektrycznego		
lampa LED na rękaw/lub kontrola asysty/ ( lampa polimeryzacyjna minimum 1200 mW/cm2)		
zamknięty obieg wody destylowanej		
przedmuch przez końcówkę		
napełnianie kubka, spłukiwanie misy		
<b>Blok spluwaczki/asysty</b>		
odchylana		
zdejmowana misa porcelanowa		
ślinociąg		
ssak		
strzykawko - dmuchawka 3 - funkcyjna do /sterylizacji/ ( woda, spray, powietrze )		
napełnianie kubka i spłukiwanie misy w panelu asysty i konsoli lekarza (obie funkcje z programowaniem czasu)		
system podgrzewania wody		
<b>Lampa</b>		
lampa zabiegowa bezcieniowa LED mocowana na unicie		
widmo światła dziennego		
uruchamianie lampy z konsoli lekarskiej		
<b>Wyposażenie unitu:</b>		

mikrosilnik elektryczny ze światłem + kątnica ze światłem LED / do sterylizacji /		
mikrosilnik pneumatyczny ze światłem,+ kątnica ze światłem LED / sterylizacji /		
turbina ze światłem LED i szybkołączką / do sterylizacji /		
pisarka stomatologiczna		
krzesło stomatologiczne lekarza/asysty z regulowaną wysokością siedziska i oparcia w kolorze tapicerki unitu - sztuki		
asystor 5 szuflad w tonacji tapicerki unitu		
Rękojeść do skalera wraz z kluczem i kompletem 5 (tipów) typowych końcówek – 4 komplety		
<b>Inne warunki:</b>		
termin dostawy do 3 tygodni od daty podpisania umowy		
<b>Wykonawca zabezpiecza:</b>		
instalację unitów i szkolenie pracowników medycznych w zakresie obsługi i eksploatacji przeprowadzone w dniu dostawy po zainstalowaniu unitów		
serwis gwarancyjny (czas reakcji serwisu do 48h, czas naprawy do 5 dni)		
naprawy serwisowe w okresie gwarancji i obowiązkowe przeglądy konserwacyjne w okresie gwarancji ,części zamienne do przeglądu konserwacyjnego bezpłatne w okresie gwarancji.		
<b>Wykonawca w dniu dostawy dostarczy dokumentację:</b>		
karta gwarancyjna		
opis techniczny		
instrukcje obsługi w języku polskim (ocena funkcjonalną i użytkową aparatu)		

Oferowany aparat musi posiadać wymienione parametry techniczne. W rubryce " **Potwierdzenie spełnienia warunku granicznego** "wpisać TAK lub NIE

Nie spełnienie w/w warunków skutkować będzie odrzuceniem oferty.

Zamawiający zastrzegą sobie możliwość wyboru koloru tapicerki unitu, po uprzednim przedstawieniu wzorników przez Wykonawcę

Oświadczamy, że oferowany unit stomatologiczny o wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

1. **Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.** Formularz oferty musi być wypełniony w każdej pozycji dla danej części.
  2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
  3. Oświadczamy, że dostarczane urządzenia będą odpowiadały wymaganiom dla wyrobów medycznych określonym w ustawie z dnia 20.05.2010 (Dz.U 107. poz.679) posiadają deklarację zgodności CE, spełniają normy EN,
  4. Oświadczamy, że spełniamy wymogi określone w art. 22 oraz nie podlegamy wykluczeniu z postępowania.
  5. Oświadczam, że **nie należę** do grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz 331 z póź, zm.) o której mowa w art. 24 ust 2 pkt 5 ustawy Pzp.
- W przypadku, gdy Wykonawca **NALEŻY** do grupy kapitałowej należy skreślić pkt 5 oraz wypełnić listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej (załącznik nr 4 do SIWZ)

Termin realizacji zamówienia określa się do .....

Okres gwarancji wynosi .....miesięcy.

Termin płatności.....dni od daty otrzymania faktury Vat.

Załącznikami do formularza oferty są :

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Oferta zawiera .....ponumerowanych i spiętych stron

pieczętka i podpis osoby upoważnionej

