Załącznik nr 1 do SIWZ   
**FORMULARZ OFERTOWY**  Załącznik nr 1 do umowy

Wykonawca : .....................................................................................................................................................

Adres : ...............................................................................................................................................................

NIP: …………………………… REGON: ……………………………. Nr KRS: …………………………………...

*(jeżeli jest*)

Nr konta bankowego do zapłaty należności za zrealizowane zamówienie: ………………………………………

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

Dane kontaktowe : Nr telefonu : …..………………………………. nr faxu : …….…………………………   
adres e-mail : .................................................................................

osoby/a do stałego kontaktu: …………………………………………………. nr tel. ………………………………..

Składam ofertę na **dostawę 1 szt. kompletnie zabudowany ambulans sanitarny typ „C”**   
z wyposażeniem podstawowym:

Pojazd bazowy : Marka ………………………………………, typ i model ………………….……………..,   
Ambulans skompletowany : Typ, nazwa handlowa ...................................................................................

wersja, wariant ....................................................................... *(zgodnie ze świadectwem homologacji)*

**Wykonawca oświadcza, że;**

Zapoznał się z wszystkimi szczegółami dotyczącymi przygotowania oferty i realizacji zamówienia.

Zapoznał się z projektem umowy, akceptuje jego treść i zobowiązuje się do podpisania umowy jeżeli jego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza.

Oferowane ambulanse spełniają wymagania aktualnych wersji norm : PN-EN 1789 dla ambulansu oraz jego wyposażenia specjalistycznego i PN-EN 1865 dla urządzeń do transportu pacjenta, spełniają wymagania określone w przepisach dotyczących warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 Dz.U. 2015 poz. 305) oraz spełniają pozostałe wymagania określone przez Zamawiającego.

Oferowany sprzęt medyczny spełnia wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych oraz wymagania określone przez Zamawiającego.

Zobowiązuje się do wykonania całości zamówienia **w terminie ........... dni** od daty zawarcia umowy.

Zapewnia podjęcie napraw gwarancyjnych zabudowy specjalistycznej zgodnie z zapisami   
w załączniku nr 3 do siwz: projekt umowy.

Zapewnia wykonanie napraw gwarancyjnych pojazdu i wyposażenia specjalistycznego zgodnie   
z zapisami w załączniku nr 3 do siwz: projekt umowy.

Zobowiązuje się zapewnić w okresie min. 5 lat od daty przekazania ambulansu Zamawiającemu dostępność wszystkich elementów sprzętowych zabudowy specjalistycznej takich samych jak zamontowane pierwotnie lub innych równoważnych; całkowicie kompatybilnych zarówno pod względem mechanicznym, jak również elektrycznym i elektronicznym, aby możliwa była naprawa lub wymiana zepsutego lub uszkodzonego osprzętu, bez potrzeby jakichkolwiek przeróbek lub modernizacji w pojeździe. Dotyczy to wszystkich urządzeń zamontowanych w ambulansie w ramach adaptacji samochodu ciężarowego na ambulans sanitarny.

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

podpis / pieczątka Wykonawcy

Załącznik nr 1a do SIWZ

Załącznik nr 1a do umowy

**FORMULARZ OFERTOWY**

* + - 1. Adresy, numery telefonów, faksów, adresy e-mail serwisów gwarancyjnych do zgłaszania awarii :

1) pojazdu bazowego :

- adres ………………………………………………………………………………………………..

- telefon …………………………………….., - fax ………………………………………….

- e-mail ………………………………………

2) zabudowy specjalistycznej ambulansu :

- adres ………………………………………………………………………………………………..

- telefon …………………………………….., - fax ………………………………………….

- e-mail ………………………………………

3) sprzętu medycznego zamontowanego w ambulansie */*

- adres ………………………………………………………………………………………………..

- telefon …………………………………….., - fax ………………………………………….

- e-mail ………………………………………

4) noszy, transportera, podstawy pod nosze :

- adres ………………………………………………………………………………………………..

- telefon …………………………………….., - fax ………………………………………….

- e-mail ………………………………………

***Uwaga !*** */można załączyć w formie wykazów/*

1. Wniosłem wymagane wadium w wysokości ..................... PLN, w formie .................................................................................................................. ,

które należy zwrócić na adres / konto ......................................................................................................  
................................................................................................................................................................. .

1. Osoba (*wpisać imię, nazwisko i funkcję*), która będzie podpisywać umowę ………………………………

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

1. Firma, którą reprezentuję **jest / nie jest \*** małym lub średnim przedsiębiorstwem w odniesieniu do Ustawy z dnia 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity Dz.U. z 2016r. poz. 1829)
2. Zamówienie zrealizuje **sam\*** / **przy udziale podwykonawców\*:**
   1. określenie części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom *(jeżeli części te realizowane są z udziałem podwykonawców)*:

………………………………………………………………………………………………

* 1. podać firmy, które będą podwykonawcami części zamówienia określonej w pkt.5a.

***\* / niepotrzebne skreślić***

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

podpis / pieczątka Wykonawcy

Załącznik nr 1b do SIWZ

Załącznik nr 1b do umowy

**FORMULARZ – OFERTOWY**

**Tabela nr 4**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa elementu składowego przedmiotu zamówienia | ilość | Cena netto bez podatku | Stawka podatku VAT % | Wartość podatku VAT | Cena brutto z podatkiem VAT |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ambulans z zabudową specjalistyczną | 1 szt. |  |  |  |  |
| Sprzęt medyczny objęty stawką VAT = 8% | 1 kpl. |  | 8 |  |  |
| Nosze kpl. z podstawą (mocowaniem) | 1 kpl. |  |  |  |  |
| RAZEM kpl. 1 ambulans: | 1 szt. |  |  |  |  |

**Uwaga !** jeżeli na poszczególne elementy obowiązują różne stawki VAT należy je podać w kol. 4 tabeli.

a) wartość (bez podatku VAT) : …...……...................... PLN

(słownie: ...........................................................................................................................)

b) podatek VAT : …………….............. PLN

(słownie: ...........................................................................................................................)

**c) cena ( z podatkiem VAT) :**  **……........................……. PLN**

**(słownie: .........................................................................................................................)**

1. Cena przedmiotu zamówienia zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, które wynikają z zapisów siwz oraz aktualnych przepisów prawa.
2. Akceptuję warunki płatności: termin (30 dni od daty otrzymania faktury za wykonaną dostawę).
3. Zobowiązuje się załączyć pisemne gwarancje jakości dla wszystkich elementów pojazdu   
   wyszczególnionych w załączniku nr 1c do siwz..

………………………………....

podpis / pieczątka Wykonawcy

Załącznik nr 1c do SIWZ

Załącznik nr 1c do umowy

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Tabela nr 5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr oceniany w kryterium Xptu -** *(parametry techniczno-użytkowe)* | Pozycja zał. 1d  tabela / poz. | **\* Wpisać czy spełnia wymóg**  **TAK / NIE** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** |
| 1. | **Automatyczny**, elektryczny **system domykania drzwi** przesuwnych lewych i prawych | 5/ 1.11 |  |
| 2. | **Drzwi przesuwne boczne lewe** fabrycznie bez szyby | 5/ 1.12 |  |
| 3. | **Drzwi przesuwne na ściance działowej** między kabiną kierowcy i przedziałem pacjenta, **opcja punktowana:** o wysokości**, min. 175 cm** | 5a/ 5.9 |  |
| 4. | **Wymiary minimalne przedziału pacjenta** opcja punktowana: wysokość **min.** **1,84 m** mierzona pionowo na środku długości noszy - od podłogi do płaszczyzny sufitu, długość **min. 3,20 m** mierzona poziomo od płaszczyzny zamkniętych drzwi przesuwnych kabiny kierowcy do płaszczyzny zamkniętych drzwi tylnych, szerokość **min.** **1,70 m** pozioma odległość pomiędzy lewą i prawą ścianą przedziału | 5a/ 5.1 |  |
| 5. | W przedziale pacjenta **zamocowane 2 poziome szyny mocujące** do których mogą być łatwo przykręcane, w różnych kombinacjach **2 do 3 płyty mocujące** (płyty z blachy nierdzewnej lub aluminiowe), do których można mocować niezależnie : uchwyt pod dowolny typ defibrylatora, szynę Modura do zamocowania respiratora lub p-py infuzyjnej oraz inny sprzęt w dowolnej konfiguracji | 5a/ 5.2 |  |
| 6. | **Reflektory doświetlające zakręt** przy skręcie pojazdu, włączające się automatycznie w momencie skręcenia kół przez kierowcę | 5/ 1.13 |  |
| 7. | **Boczne poduszki bezpieczeństwa** dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy | 5/ 1.1 |  |
| 8. | **System identyfikujący pojazdy** w tzw. martwym punkcie z lewej lub prawej strony pojazdu, niezależny od systemu kontroli pasa ruchu - ostrzeżenie kierowcy sygnałem dźwiękowym i wizualnym | 5/ 1.16 |  |
| 9. | **System** wspomagający gwałtowne hamowanie BAS lub równoważny | 5/ 4.2 |  |
| 10. | **Elektroniczny system** rozdziału sił hamowania | 5/ 4.3 |  |
|  |  |  |  |

*wypełnić kolumnę nr 4, wydrukować, podpisać, dołączyć do oferty*

**Oferuję gwarancję (nie mniej niż 24 m-ce) na**:

- pojazd bazowy : …………….. m-cy

- zabudowę specjalistyczną : ……………….. m-cy

- nosze z podstawą : …………….. m-cy

- powłoki lakiernicze : ……………. m-cy

na zasadach określonych w załączniku nr 3 do siwz (wzór umowy).

…………………………….........

(podpis / pieczątka Wykonawcy)