

SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI  
sp. z o.o.



**SOSNOWIECKI SZPITAL  
MIEJSKI  
sp. z o.o.**

41-219 SOSNOWIEC  
UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100

FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY  
W SĄDZIE REJONOWYM  
KATOWICE - WSCHÓD  
W KATOWICACH  
WYDZIAŁ VIII GOSPODARCZY  
KRAJOWEGO REJESTRU  
SĄDOWEGO POD NUMEREM  
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY  
72 847 000, 00



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



*Załącznik nr 1 do Zaproszenia*

.....  
(pieczęć firmowa)

**Formularz oferty**

Nazwa Oferenta: .....

Adres: .....

Regon: ..... NIP: .....

telefon: ..... fax: .....

e-mail: .....

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na „Dostawę sprzętu i aparatury medycznej” do realizacji programu „Odnaleźć siebie” oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w zaproszeniu w łącznej kwocie (dotyczy pozycji 1,2,3,4,5,6):

Wykreślić odpowiednie poz.

Netto.....słownie.....

Podatek VAT.....słownie.....

Brutto.....słownie.....

\*Należy zaznaczyć i wypełnić pozycje w formularzu oferty w zależności do których pozycji się przystępuje.

*Program „Odnaleźć siebie” deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego na terenie podregionu sosnowieckiego.*

*Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WSL na lata 2014-2020.*



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI  
sp. z o.o.



SOSNOWIECKI SZPITAL  
MIEJSKI  
sp. z o.o.

41-219 SOSNOWIEC  
UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100

FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY  
W SĄDZIE REJONOWYM  
KATOWICE - WSCHÓD  
W KATOWICACH  
WYDZIAŁ VIII GOSPODARCTWA  
KRAJOWEGO REJESTRU  
SĄDOWEGO POD NUMEREM  
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY  
72 847 000, 00



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



**Oświadczamy, że:**

1. Zobowiązujemy się do realizacji przedmiotu zamówienia na warunkach wskazanych w zaproszeniu zgodnie z warunkami umowy.
2. Zapoznaliśmy się z zaproszeniem oraz jego załącznikami i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w zaproszeniu tj. przez okres ..... dni, licząc od terminu składania ofert.
4. W przypadku wybrania naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Przedmiot zamówienia realizowany będzie w terminie planowanym, tj. do .... dni od daty zawarcia umowy.
6. Zobowiązujemy się do nie przenoszenia, bez pisemnej zgody Zamawiającego, wierzytelności wynikających z realizacji oferowanej usługi na osoby trzecie oraz do nie rozporządzania nimi w jakiegokolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzytelność nie będzie przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Oferenta (np. z tytułu umowy kredytu, pożyczki). Oferent nie zawarł także umowy z osobą trzecią o podstawienie w prawa wierzyciela (art. 518 Kodeksu cywilnego) umowy poręczenia, przekazu. Za naruszenie zobowiązania określonego w zdaniach poprzedzających Oferent zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę umowną w wysokości 20% wartości wierzytelności objętej czynnością prowadzącą do przeniesienia wierzytelności, bądź rozporządzenia nią.

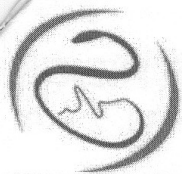
**Załącznik nr 2 do Zaproszenia**

**Formularz asortymentowo – cenowy:**

L p	Nazwa i opis sprzętu i aparatury medycznej. Opis i wskazane parametry stanowią wymóg.	Cena netto	Cena brutto	Oferowany okres gwarancji (min. 12 m-cy)	Nazwa/Producent /typ/model/nr kat
1	<b>Kozetka lekarska.</b> Kozetka lekarska będzie znajdować się w gabinecie pielęgniarskim/zabiegowym. Kozetka/leżanka będzie drewniana z materacem, posiadająca regulowany podglówek. Błat obity materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych dających możliwość dezynfekcji.				

Program „Odnaleźć siebie” deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego na terenie podregionu sosnowieckiego.

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WSL na lata 2014-2020.



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI  
sp. z o.o.



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



SOSNOWIECKI SZPITAL  
MIEJSKI  
sp. z o.o.

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100

FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY  
W SĄDZIE REJONOWYM  
KATOWICE - WSCHÓD  
W KATOWICACH  
WYDZIAŁ VIII GOSPODARCZY  
KRAJOWEGO REJESTRU  
SĄDOWEGO POD NUMEREM  
0000476320

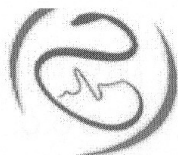
KAPITAŁ ZAKŁADOWY

72 847 000, 00

<p><u>Dodatkowe parametry:</u> Kolor tapicerki: beż, Kolor drewna – jasny. Wymiary: wysokość z materacem 60 cm +/- 5 cm szerokość 65 cm +/- 5 cm długość całkowita 190 cm – 200 cm Regulacja kąta nachylenia zagłówka 0° - 35° +/- 5° Dopuszczalne obciążenie min. 200 kg Uchwyt na podkład w rolce montowany od strony nóg. Stopień/podest ułatwiający wejście na kozetkę.</p>				
<p>2 <b>Szafka na leki.</b> Szafka na leki, będzie zamykana, przeznaczona na przechowywanie leków, artykułów sanitarnych i innych materiałów medycznych. Szafka będzie znajdować się w w gabinecie pielęgniarstwa /zabiegowym. <u>Dodatkowe parametry:</u> Szafa dwukomorowa, każda komora dwudrzwiowa. Drzwi górnej komory wykonane ze szkła bezpiecznego – hartowanego, szklane półki przestawne co 25 mm. Drzwi dolnej komory – metalowe. Uchwyty drzwiowe z zamkiem zabezpieczającym – zamykane na klucz. Dolna komora zamykana niezależnie, z jedną półką szklaną. Szafa na nóżkach. Wymiary: 1850 mm (wysokość) , 800 mm (szerokość), 435 mm (głębokość) +/- 50 mm dla każdej wartości granicznej Kolor szafy: do wyboru z zaferowanej palety</p>				
<p>3 <b>Parawan.</b> Parawan będzie jednoczęściowy z rurek chromowanych z kółkami. Ekran parawanu wykonany z elanobawełny.</p>				

Program „Odnaleźć siebie” deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego na terenie podregionu sosnowieckiego.

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WSL na lata 2014-2020.



SOSNOWIECKI SZPITAL  
MIEJSKI  
sp. z o.o.

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100

FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY  
W SĄDZIE REJONOWYM  
KATOWICE - WSCHÓD  
W KATOWICACH  
WYDZIAŁ VIII GOSPODARZY  
KRAJOWEGO REJESTRU  
SĄDOWEGO POD NUMEREM  
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY

72 847 000, 00



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



	Parawan będzie znajdować się w gabinecie pielęgniarskim/zabiegowym.				
4	<b>Ciśnieniomierz.</b> Ciśnieniomierz będzie służyć do mierzenia ciśnienia krwi i pulsu. Podstawowa specyfikacja: <ul style="list-style-type: none"><li>• elektroniczny</li><li>• automatyczny</li><li>• naramiennym</li><li>• pamięć min. 5 pomiarów</li><li>• zasilany bateriami</li></ul>				
5	<b>Stolik zabiegowy.</b> Stolik zabiegowy będzie mobilny. Pozwoli na przewożenie na niedalekie odległości narzędzi, materiałów sterylnych, leków i innych przyrządów. Stolik będzie znajdować się w gabinecie pielęgniarskim/zabiegowym. <u>Dodatkowe parametry:</u> Stolik/wózek zabiegowy wykonany ze stali nierdzewnej, na 4 kołach jezdnych w tym minimum 2 z blokadą. Całkowite wymiary stolika: długość: 450 - 500 mm szerokość: 450 - 500 mm wysokość (z kółkami do blatu górnego): 750 - 800 mm Stolik/wózek wyposażony w min. 2 szt. blatów wykonanych ze stali nierdzewnej. Zabezpieczenie przed wypadaniem transportowanych akcesoriów. Uchwyt do prowadzenia wózka. Na przeciwległych rogach wózka miski/kuwety ze stali nierdzewnej (2 szt.)				
6	<b>Torba z zestawem przeciwwstrząsowym.</b> Torba z zestawem przeciwwstrząsowym przeznaczona będzie do przechowywania m.in. Laryngoskopu (wziernik				

Program „Odnaleźć siebie” deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego na terenie podregionu sosnowieckiego.

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WSL na lata 2014-2020.





SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI  
sp. z o.o.



SOSNOWIECKI SZPITAL  
MIEJSKI  
sp. z o.o.

41-219 SOSNOWIEC  
UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100

FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY  
W SĄDZIE REJONOWYM  
KATOWICE - WSCHÓD  
W KATOWICACH  
WYDZIAŁ VIII GOSPODARCZY  
KRAJOWEGO REJESTRU  
SĄDOWEGO POD NUMEREM  
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY  
72 847 000, 00



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



krtaniowy), Aparatu AMBU (Resuscytator do wentylacji pacjentów) i leków. Mieścić będzie wszystkie niezbędne leki wchodzące w skład zestawu przeciwwstrząsowego m.in.: ampułki (ok. 163 szt), płyny infuzyjne (ok. 6 szt: 250 ml lub 500 ml), areozole, wenflony, strzykawki. Torba będzie wykonana z materiału bardzo wytrzymałego na ścieranie oraz rozdarcie. Usztywniane ściany torby będą chronić ampułki przed rozbiciem oraz ułatwić dostęp do medykamentów. Rozmieszczenie produktów w torbie pozwala na podjęcie szybkiej akcji ratowniczej w nagłych stanach zagrożenia życia.

Dodatkowe parametry:

Torba wyposażona w laryngoskop (komplet gotowy do użycia: rękojeść bateryjna wraz z łyżką typu MAC rozmiar 3 i 2.

Aparat Ambu z rezerwuarem, wielorazowy, (wszystkie elementy aparatu ambu, maska i rezerwuuar do sterylizacji).

Aparat Ambu wraz maską przeznaczoną dla dorosłych.

\*\* W sposób wyczerpujący została zaznaczona treść do umieszczenia na prawidłowo wystawionej fakturze VAT

**Wymagane warunki gwarancji przedmiotu zamówienia:**

1. Długość okresu gwarancji zgodnie z określoną w formularzu oferty
2. Odpowiedzialność z tytułu gwarancji obejmuje wszelkie wady przedmiotu zamówienia nie wynikające z winy Zamawiającego.
3. W przypadku wystąpienia różnic w zapisach pomiędzy kartą gwarancyjną, a zapisami dotyczącymi gwarancji, przedłożonymi w ofercie, jako obowiązujące uznaje się zapisy: Wymagane warunki gwarancji
4. Serwis gwarancyjny będzie wykonywany nieodpłatnie przez Wykonawcę.
5. Koszty transportu do i z serwisu w okresie gwarancji pokrywa Wykonawca.
6. Zamawiający zgłasza Wykonawcy stwierdzenie wady telefonicznie, potwierdzając zgłoszenie

Program „Odnaleźć siebie” deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego na terenie podregionu sosnowieckiego.

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WSL na lata 2014-2020.



SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI  
sp. z o.o.



**SOSNOWIECKI SZPITAL  
MIEJSKI  
sp. z o.o.**

41-219 SOSNOWIEC  
UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100  
FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY  
W SĄDZIE REJONOWYM  
KATOWICE - WSCHÓD  
W KATOWICACH  
WYDZIAŁ VIII GOSPODARZY  
KRAJOWEGO REJESTRU  
SĄDOWEGO POD NUMEREM  
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY  
72 847 000, 00



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



faxem. Wykonawca podaje kontakt umożliwiający zgłoszenie awarii.....

7. Wymagany czas naprawy gwarancyjnej nie może przekroczyć 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia przez Zamawiającego.
8. W przypadku wymiany przedmiotu zamówienia na nowy, okres gwarancji (tak jak oferowany w ofercie) liczony od momentu wymiany przedmiotu zamówienia na nowy.
9. Wykonawca zobowiązany jest do powiadomienia Zamawiającego o terminie usunięcia wady oraz dostarczenia rzeczy wolnej od wad.
10. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć instrukcję obsługi (sterylizacji) w wersji papierowej, min. 2 egzemplarze.

Data: .....

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

Program „Odnaleźć siebie” deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego na terenie podregionu sosnowieckiego.

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WSL na lata 2014-2020.