**Załącznik nr 1**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **FORMULARZ OFERTY** |

**Samodzielny Publiczny Gminny   
 Ośrodek Zdrowia w Nowym Żmigrodzie**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **„Dostawa ambulansu sanitarnego dla Samodzielnego Publicznego Gminnego Ośrodka Zdrowia   
w Nowym Żmigrodzie”**

**MY NIŻEJ PODPISANI**

**…………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………**

Działając w imieniu i na rzecz

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

*(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)*

**1. SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

**2. OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wszystkimi załącznikami (w tym z wzorem umowy i szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia) i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.

**3. OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

netto:……………………………………………………………………………………………

słownie: ……………………………………………………………………………………………………………..…  
…………………………………………………………………………………………………………………..

podatek VAT 23% ………………………………………………………………………….

**brutto**: ……………………………………………………………………………………………

słownie: ………………………………………………………………………………………………………………

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

**Producent pojazdu bazowego/typ/numer katalogowy**/ …………………………………

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

**4.** W cenie zawarto wszystkie koszty związane z pełnym i prawidłowym wykonaniem przedmiotu zamówienia.

**5.** **OFERUJEMY** wykonanie zamówienia w terminie do dnia ……………………………………….

**6.** **DEKLARUJEMY** udzielenie okresu gwarancji na samochód …………………………………. (min.2 lata max 5 lata ).

**Przedmiot zamówienia: Ambulans sanitarny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametry** | **Wymagane parametry wpisać TAK/NIE** | **Oferowane Parametry Techniczne** |
| **Nadwozie** |  |  |
| Typu furgon zamknięty o wymiarach wnętrza przystosowanych do potrzeb personelu medycznego charakteryzujący się parametrami / przedział medyczny – długość przedziału medycznego min. 210 cm / szerokość min. 150 cm,  Kolor biały |  |  |
| Przystosowany do przewozu min. 3 osób (z kierowcą) w pozycji siedzącej + 1 osoba w pozycji leżącej na noszach |  |  |
| Klimatyzacja kabiny kierowcy oraz przedziału medycznego z osobną regulacją dwuparownikowa |  |  |
| Drzwi tyłu nadwozia przeszklone, dwuskrzydłowe, obejmujące całą ścianę tylną, otwierające się pod kątem 180 º |  |  |
| Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z otwieraną szybą, |  |  |
| Wizualny sygnał ostrzegający kierowcę w czasie jazdy o fakcie niecałkowitego domknięcia drzwi |  |  |
| Centralny zamek wszystkich drzwi  Elektrycznie sterowane szyby oraz lusterka |  |  |
| Okna w kabinie sanitarnej pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą |  |  |
| Poduszka powietrzna dla kierowcy |  |  |
| Ściana działowa pomiędzy przedziałem medycznym a kabiną kierowcy, umożliwiająca komunikację |  |  |
| **Silnik** |  |  |
| Wysokoprężny z turbodoładowaniem o pojemności min.1900 cm³ |  |  |
| O mocy min. 100 KM, moment obrotowy min. 250 Nm. |  |  |
| **Zespół napędowy** |  |  |
| Skrzynia biegów manualna synchronizowana: min. 5 biegów do przodu i bieg wsteczny |  |  |
| Napęd na koła przednie lub tylne |  |  |
| **Bezpieczeństwo** |  |  |
| **ABS** układ zapobiegający blokowaniu kół podczas hamowania lub równoważny  **ASR** - system zapobiegający poślizgowi kół napędzanych poprzez zmniejszenie przekazywanego w czasie jazdy przez silnik zbyt dużego momentu obrotowego lub równoważny  **MSR** - system zapobiegający poślizgowi kół napędzanych podczas hamowania silnikiem lub równoważny  **ESP** – elektroniczny system stabilizacji toru jazdy lub równoważny |  |  |
| Hamulce tarczowe przedniej i tylnej osi |  |  |
| **Układ kierowniczy** |  |  |
| Ze wspomaganiem. |  |  |
| **Zawieszenie** |  |  |
| Oś napędzana ze stabilizatorem, oś tylna – charakterystyka zawieszenia dostosowana do statycznego obciążenia ambulansu zapewniająca odpowiednią stabilność i przyczepność pojazdu podczas szybko pokonywanych zakrętów. |  |  |
| **Ogrzewanie i wentylacja** |  |  |
| Ogrzewanie niezależne powietrzne o mocy min 2kW |  |  |
| Mechaniczna wentylacja nawiewno - wywiewna; zapewniająca możliwość dwudziestokrotnej wymiany powietrza na godzinę w czasie postoju pojazdu |  |  |
| **Instalacja elektryczna** |  |  |
| Alternator o mocy zapewniającej właściwe ładowanie akumulatora |  |  |
| W pomieszczeniu dla pacjenta min. 2 gniazda/podłączenia 12V |  |  |
| **Oznakowanie pojazdu** |  |  |
| Belka świetlna z przezroczystego poliwęglanu z lampami typu LED w przedniej części pojazdu; z możliwością nadawania komunikatów głosowych, podświetlony napis „AMBULANS”, |  |  |
| 2 niebieskie lampy pulsacyjne, na wysokości pasa przedniego barwy niebieskiej, |  |  |
| Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu |  |  |
| Pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, wykonany z folii odblaskowej  Pas barwy czerwonej nad pasem niebieskim dookoła pojazdu wykonany z folii odblaskowej |  |  |
| Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu, kolor niebieski odblaskowy |  |  |
| Oznaczenie - logo właściciela ambulansu |  |  |
| **Sygnalizacja dźwiękowa** |  |  |
| Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min.100 W z możliwością podawania komunikatów głosem |  |  |
| **Wyposażenie pojazdu** |  |  |
| Wszystkie miejsca siedzące w kabinie kierowcy wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki |  |  |
| Młotek do wybijania szyb zintegrowany z nożem do przecinania pasów bezpieczeństwa |  |  |
| Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym |  |  |
| Szperacz w kabinie kierowcy na elastycznym przewodzie |  |  |
| Trójkąt ostrzegawczy, komplet kluczy z podnośnikiem, apteczka pojazdu, gaśnica |  |  |
| **Wyposażenie przedziału medycznego** |  |  |
| Fotel pokryty tapicerką łatwo zmywalną, wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa |  |  |
| Na ścianie lewej ergonomiczna szafka zamykana, wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczona przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, bez ostrych krawędzi, szafka na butlę tlenową, umożliwiająca kontrolę ciśnienia w instalacji oraz wymianę butli |  |  |
| Wzmocniona podłoga, wyłożona wykładziną antypoślizgową, łatwo zmywalną połączoną szczelnie z pokryciem boków zapewniająca odpływ płynów z wnętrza pojazdu |  |  |
| Uchwyt do kroplówki na 2 szt. płynów infuzyjnych mocowany w suficie - uchwyt do kroplówki musi wytrzymać obciążenie 5 kg |  |  |
| Instalacja tlenowa z 1 punktem AGA na ścianie lewej, oraz reduktor |  |  |
| Izolacja dźwiękowo - termiczna przedziału medycznego |  |  |
| Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej:  1) min. 2 punkty ze światłem rozproszonym,  2) oświetlenie halogenowe umieszczone nad noszami – min. 1 pkt |  |  |
| Stanowisko noszy głównych umożliwiające łatwe wprowadzenie noszy oraz ich zablokowanie na czas jazdy, podstawa |  |  |
| **Dodatkowe wymagania** |  |  |
| Gwarancja na ambulans mechaniczna bez limitu kilometrów min. 24 m-ce, max 60 ( kryterium oceny ofert) |  |  |
| Gwarancja na silnik i podzespoły mechaniczne oraz adaptację min. 24 m-ce |  |  |
| Gwarancja na perforację nadwozia minimum 12 Lat |  |  |
| Gwarancja na powłokę lakierniczą minimum 3 lata |  |  |
| Homologacja na pojazd skompletowany jako specjalny sanitarny |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nosze główne** |  |  |
| **Nosze przystosowane do reanimacji - twarda płyta na całej powierzchni. Nosze potrójnie łamane - funkcja umożliwiająca ustawienie pozycji przeciwwstrząsowej oraz**  **pozycji zmniejszającej napięcie powłok brzusznych.**  **Z płynną regulacją podnoszenia tułowia do kata min.75° (podać oferowaną wartość)**  **Komplet pasów zabezpieczających (min 2 pasy poprzeczne oraz pasy szelkowe ).**  **Wysuwane teleskopowo uchwyty do przenoszenia.**  **Wyposażone w łatwo zmywalny materac**  **Obciążenie dopuszczalne mieszczące się min. 150 kg** |  |  |
| **Transporter noszy** |  |  |
| **Posiadający 4 kółka jezdne o średnicy mieszczącej się w zakresie 180 - 200 mm (podać oferowaną wartość) umożliwiające łatwe prowadzenie noszy nawet na nierównych nawierzchniach, hamulce na przynajmniej 2 kółkach jezdnych. Co najmniej dwa koła skrętne.**  **Mocowanie do podłogi lub lawety ambulansu - zgodne z normą PN-EN 1789**  **Zapewniające automatyczne zapięcie zestawu po wprowadzeniu noszy do ambulansu,**  **Możliwość ustawienia transportera min. na 3 poziomach wysokości.**  **Waga zestawu transportowego- nosze + transporter max. 51 kg (podać oferowaną wartość).** |  |  |
| Krzesełko transportowe zgodne z PNEN 865  Wyposażone w 4 kółka  Waga krzesełka max 10 kg  Nośność min 150 kg |  |  |

**7.Stosownie do art. 91 ust. 3a ustawy Pzp, oświadczamy, że wybór naszej oferty:**

|  |
| --- |
| □ nie będzie \* prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2017 r., poz.1221 .) |
| □ będzie \* prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2017 r., poz.1221 ,.),  jednocześnie wskazujemy:  nazwy (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania  …………………………………………………………………….….………….  ……………………………………………………………………………………  wraz z określeniem ich wartości bez kwoty podatku……………………………………. |

\* Należy zaznaczyć powyżej właściwe pole i ewentualnie wskazać wymagane informacje (należy zapoznać się z w/w ustawą o podatku od towarów i usług, a w szczególności z załącznikiem nr 11 do ustawy; obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego nie będzie w przypadku, gdy obowiązek rozliczenia podatku VAT będzie po stronie Wykonawcy).

**8. AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i wzorze umowy.

**9. ZASTRZEGAMY, że tajemnicę przedsiębiorstwa będą stanowić następujące dokumenty: ………………………………………….**

**10. UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

**11.** **OŚWIADCZAMY,** że sposób reprezentacji spółki/konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

*(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólna ofertę – spółki cywilne lub konsorcja)*

**12. OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**13. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:

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

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

**14. OFERTĘ** niniejszą składamy na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stronach.

**15.** Załącznikami do niniejszej oferty są (wymienić):

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

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

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

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

miejscowość, data:………………………………………

*…………………………………………………………*

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*

Załącznik nr 2

**Wykonawca:**

*{pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie wykonawcy**

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

**Prawo zamówień publicznych,**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego SPGOZ.271.1.2019, oświadczam, że:

1. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania. \*
2. Podlegam wykluczeniu z postępowania. \*

\* niepotrzebne skreślić.

…………... *(miejscowość),* dnia r.

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania

ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

*…………….………(miejscowość),* dnia r.

*(podpis*)

Załącznik nr 3

**Wykonawca:**

*{pełna nazwo/firmo, adres)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego,SPGOZ.271.1.2019, oświadczamy, że

* nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Prawo zamówień publicznych \*,
* należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Prawo zamówień publicznych\*.

W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa wraz z oświadczeniem listę podmiotów należących do grupy kapitałowej. \* niepotrzebne skreślić.

*(miejscowość),* dnia r.

*(podpis)*

Załącznik nr 4

**Wykonawca:**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 36b ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych,**

**DOTYCZĄCE PODWYKONAWSTWA**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, SPGOZ.271.1.2019, oświadczamy, że:

* nie zamierzamy zlecić podmiotom trzecim podwykonawstwo\*,
* zamierzamy zlecić podmiotom trzecim podwykonawstwo\*,

W przypadku zlecenia podmiotom trzecim podwykonawstwo należy wraz z oświadczeniem wskazać części zamówienia, których wykonanie wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom wraz z podaniem firm podwykonawców oraz wartość lub procentową część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcom.

\* niepotrzebne skreślić.

*(miejscowość),* dnia r.

*(podpis)*

Załącznik nr 5 **Wykonawca:**

*[pełno nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie wykonawcy**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, SPGOZ.271.1.2019, oświadczamy, że:

* jesteśmy małym/średnim przedsiębiorcą,\*
* nie jesteśmy małym/średnim przedsiębiorcą,\*

\* niepotrzebne skreślić.

*(miejscowość),* dnia r.

*(podpis)*