**……………………………………., dnia ………………………….**

**FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa i adres Zamawiającego:**

**Powiat Wołomiński, ul. Prądzyńskiego 3 05-200 Wołomin**

[**kancelaria@powiat-wolominski.pl**](mailto:kancelaria@powiat-wolominski.pl)

**Nazwa i adres Oferenta:**

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

**OFERTA NA ZAKUP AMBULANSU WRAZ Z WYPOSAŻENIEM DLA SZPITALA MATKI BOŻEJ NIEUSTAJĄCEJ POMOCY W WOŁOMINIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. |  | Cena netto | Cena brutto | Termin dostawy kompletnego ambulansu |
| 1. | Ambulans\* (cena ostateczna) |  |  |  |
| 2. | Wyposażenie (cena łącznie) |  |  |

\*Wymagania techniczne zgodne z zapytaniem należy dołączyć w oddzielnym załączniku.

**WYPOSAŻENIE AMBULANSU**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | marka/model/ producent/rok produkcji | Ilość  szt./kpl. | Cena netto | Podatek VAT | Cena brutto |
|  | **Nosze główne z transporterem,**  z funkcją składania/rozkładania podwozia przedniego bez konieczności uruchamiania dźwigni lub blokady |  | 1 kpl. |  |  |  |
|  | **System mocowania dziecka na noszach** |  | 1 kpl. |  |  |  |
|  | **Nosze podbierakowe wykonane**  **z aluminium** |  | 1 szt. |  |  |  |
|  | **Krzesełko transportowe** |  | 1 szt. |  |  |  |
|  | **Płachta do przenoszenia pacjenta** |  | 1 szt. |  |  |  |
|  | **Deska ortopedyczna dla dzieci**  **z unieruchomieniem i pasami** |  | 1 kpl. |  |  |  |
|  | **Zestaw 3 kołnierzy unieruchamiających dla dorosłych** |  | 1 kpl. |  |  |  |
|  | **Zestaw 3 kołnierzy unieruchamiających dla dzieci** |  | 1 kpl. |  |  |  |
|  | **Worek resuscytacyjny dla dorosłych** |  | 1 szt. |  |  |  |
|  | **Worek resuscytacyjny dla dzieci** |  | 1 szt. |  |  |  |
|  | **Worek resuscytacyjny dla niemowląt** |  | 1 szt. |  |  |  |
|  | **Ssak akumulatorowo-sieciowy** |  | 1 kpl. |  |  |  |
|  | **Pulsoksymetr napalcowy** |  | 1 szt. |  |  |  |
|  | **Respirator transportowy** |  | 1 kpl. |  |  |  |
|  | **Akcesoria do respiratora transportowego – butla, torba** |  | 1 kpl. |  |  |  |
|  | **Indywidualny zestaw ochrony biologicznej (3 szt.)** |  | 1 kpl. |  |  |  |
|  | **~~Respirator~~ Defibrylator** |  | 1 kpl. |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |  |

**Zamawiający zastrzega sobie możliwość wyboru pozycji wyposażenia ambulansu.**

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, która stanowi załącznik nr 2. Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczamy, że oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania w zakresie jakości i standardów bezpieczeństwa określone w przepisach UE, w tym m. in. deklarację zgodności CE i wytyczne Ministerstwa Zdrowia zamieszczone na stronie <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacje-dotyczace-produktow-wykorzystywanych-podczas-zwalczania-covid-19>
4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas 30 dni.
5. Akceptujemy warunki płatności: 30 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej FV.
6. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji zamówienia jest: Mariusz Poneta Z-ca Dyrektora ds. administracyjno-eksploatacyjnych, [mariusz.poneta@szpitalwolomin.pl](mailto:mariusz.poneta@szpitalwolomin.pl)

……………………………………………………..

Podpis Oferenta