

ROZDZIAŁ III
FORMULARZ OFERTY Z ZAŁĄCZNIKAMI
WZORY DOKUMENTÓW SKŁADANE NA WEZWANIE
ZAMAWIAJĄCEGO W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA
WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU I BRAKU PODSTAW
WYKLUCZENIA

Załącznik nr 1.1

FORMULARZ OFERTOWY

Do:

Gmina Sulmierzyce

98-338 Sulmierzyce, ul. Urzędowa 1

tel. 044 684 60 56; fax 044 684 60 57

[http:// www.sulmierzyce.biuletyn.net](http://www.sulmierzyce.biuletyn.net)

Ofertę przetargową składa:

Nazwa Wykonawcy:.....

Adres:.....

Województwo:..... Powiat:.....

Tel./Fax. adres e-mail

REGON: NIP:.....

Osoba upoważniona do kontaktów.....

Wykonawca jest małym , średnim , dużym przedsiębiorcą (zaznaczyć właściwe)

Wszelką korespondencję należy kierować na adres:

Nazwa Wykonawcy:.....

Adres:.....

Województwo:..... Powiat:.....

Odpowiadając na publiczne ogłoszenie o zamówieniu w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pod nazwą: „Zakup wraz z dostawą fabrycznie nowego aparatu ultrasonograficznego dla Gminnego Ośrodka Zdrowia w Sulmierzycach” przedkładam(-y) niniejszą ofertę oświadczając, że akceptujemy w całości wszystkie warunki zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ).

- 1) Oferuję/oferujemy wykonanie całości przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem zawartym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za wynagrodzenie ryczałtowe w kwocie:

netto (bez Vat)

słownie złotych

stawka podatku VAT %

brutto (z Vat)

słownie złotych

- 2) Długość okresu gwarancji:

Oferuję/oferujemy długość okresu gwarancji wynoszącą 3 lata , 4 lata , 5 lat

(zaznaczyć właściwe)

1. Informujemy, że wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego na podstawie ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054, z późn. zm.);

Uwaga: jeżeli wybór oferty **będzie prowadzić** na podstawie ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054, z późn. zm.) do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca zobowiązany jest załączyć do oferty wykaz zawierający nazwę (rodzaj) towaru, usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz ich wartość bez kwoty podatku.

2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z załączonymi do niej dokumentami, uzyskaliśmy wszelkie informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
3. Informujemy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
4. Zobowiązujemy się zrealizować zamówienie w terminie określonym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
5. Oświadczamy, że projekt umowy (Rozdział IV SIWZ) został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w nim warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Wadium w kwocie 4.400,00 PLN (słownie: cztery tysiące czterysta złotych 00/100) zostało wniesione w formie
7. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej (jeżeli dotyczy):
Nazwisko, imię
Stanowisko
Telefon faks
8. Niniejsza oferta przetargowa zawiera następujące oświadczenia i załączniki :
 1.
 2.
 3.
 4.

....., dnia
(Miejscowość)

.....
Podpis Wykonawcy lub osoby (osób) upoważnionej
do występowania w imieniu Wykonawcy¹

¹ Pożyczony czytelny podpis albo podpis i pieczętka z imieniem i nazwiskiem

Załącznik nr 1.2 – dokument składany wraz z ofertą

Opis techniczny oferowanego aparatu ultrasonograficznego *

L.p.	Parametr	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1.	2.	3.	4.
1.	Aparat fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 (Zamawiający wyklucza aparaty demonstracyjne)	Tak	
2.	Gwarancja	Min. 36 miesięcy	
3.	Aparat wykonany w technologii całkowicie cyfrowej	Tak	
4.	Ilość niezależnych kanałów procesowych	Powyżej 60 000	
5.	Zakres częstotliwości pracy potwierdzony zakresem częstotliwości sond możliwych do podłączenia do aparatu	Min. 1,5-16 MHz	
6.	Niezależne równoważne gniazda głowic obrazowych przełączane elektronicznie	Min. 4	
7.	Zakres dynamiki dla obrazu 2D wyświetlany na ekranie	Min. 180 dB	
8.	Dotykowy wyświetlacz LED do sterowania wybranymi funkcjami aparatu o przekątnej powyżej 10 cali	Tak	
9.	Monitor LCD bez przeplotu o przekątnej min. 19 cali, rozdzielczości min. 1600 x 1000 pikseli, z regulacją położenia (obrót, pochylenie, wysokość niezależnie od pulpitu).	Tak	
10.	Regulowana wysokość i obrót panelu sterowania względem korpusu aparatu	Tak	
11.	Możliwość wyboru wersji oprogramowania w języku polskim	Tak	
12.	Archiwizacja obrazów na dysku twardym wbudowanym w aparat, nagrywarce CD/DVD w formatach kompatybilnych z systemem Windows oraz na pamięciach USB w formatach kompatybilnych z systemem Windows	Tak	
13.	Pojemność dysku twardego	Min. 1 TB	
14.	Min. 5 portów USB w tym 2 w panelu sterowania	Tak	
15.	Zapis obrazów i pętli w formacie raw data na dysku twardym aparatu	Tak	
16.	Możliwość tworzenia własnych ustawień (tzw. presetów)	Tak	
17.	Nagrywanie i odtwarzanie dynamicznych obrazów /tzw. cine loop prezentacji B oraz kolor Doppler, prezentacji M-mode i Dopplera spektralnego	Tak	
18.	Ilość klatek pamięci CINE	Min. 12 000	
19.	Długość pętli dla trybu M lub D	Powyżej 130 sek.	
20.	Biało-czarna drukarka termiczna	Tak	
21.	Moduł EKG wbudowany w aparat	Tak	

TRYBY OBRAZOWANIA			
1.	2.	3.	4.
1.	Tryb 2D (B-Mode)	Tak	
2.	Zakres ustawienia głębokości penetracji	Min. 2 – 40 cm	
3.	Zakres bezstratnego powiększania obrazu rzeczywistego i zamrożonego (tzw. zoom) a także obrazu z pamięci CINE	Min. 10x	
4.	Możliwość powiększenia obrazu diagnostycznego na pełny ekran	Tak	
5.	Obrazowanie harmoniczne na wszystkich oferowanych głowicach z wykorzystaniem przesunięcia lub inwersji faz	Tak	
6.	Technologia redukcji szumów i plamek oraz wyostżenia krawędzi i wzmocnienia kontrastu tkanek	Tak	
7.	Przestrzenne składanie obrazów (obrazowanie wielokierunkowe pod kilkoma kątami w czasie rzeczywistym)	Tak	
8.	Maksymalna ilość kątów obrazowania wielokierunkowego	Powyżej 7	
9.	Prędkość odświeżania w trybie 2D	Powyżej 1200 obr./sek.	
10.	Tryb M	Tak	
11.	Wybór prędkości przesuwu zapisu trybu M	Min . 5 zakresów	
12.	Tryb M z efektem Dopplera kolorowego	Tak	
13.	Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD)	Tak	
14.	Maksymalna mierzona prędkość przepływu przy kącie korekcji 0°	Powyżej 9 m/s	
15.	Regulacja wielkości bramki dopplerowskiej	Min. 0,5 - 30 mm	
16.	Kąt korekcji bramki dopplerowskiej	Min. 0 do +/-89 stopni	
17.	Tryb spektralny Doppler Ciągły (CWD)	Tak	
18.	Sterowany pod kontrolą obrazu 2D	Tak	
19.	Maksymalna mierzona prędkość przepływu przy kącie korekcji 0°	Min. 30 m/s	
20.	Tryb Doppler Kolorowy (CD)	Tak	
21.	Maksymalna prędkość odświeżania obrazu dla Dopplera kolorowego	Powyżej 500 obr./sek.	
22.	Regulacja uchylności pola Dopplera Kolorowego na oferowanych głowicach liniowych	Min. +/-30 stopni	
23.	Tryb angiologiczny /Power Doppler/	Tak	
24.	Tryb Power Doppler kierunkowy	Tak	
25.	Rozszerzony tryb kolorowego Dopplera o wysokiej rozdzielczości i czułości do dokładnego obrazowania przepływów szczególnie w małych naczyniach	Tak	
26.	Tryb Duplex /2D+PWD lub CD/	Tak	
27.	Tryb Triplex /2D+PWD+CD/	Tak	
28.	Automatyczna optymalizacja obrazu za pomocą jednego przycisku w trybie B- Mode i Dopplera spektralnego. Automatyczne umiejscowienie pola Dopplera kolorowego oraz bramki Dopplera PW odpowiednio do	Tak	

	naczynia. Automatyczna optymalizacja wzmocnienia Dopplera kolorowego		
GŁOWICE			
1.	2.	3.	4.
1.	Głowica sektorowa (phased array) do badań kardiologicznych .	Tak	
2.	Zakres częstotliwości pracy przetwornika	Min. 1,5 – 4,5 MHz	
3.	Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode	Min. 3	
4.	Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego	Min. 3	
5.	Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler	Min. 3	
6.	Ilość elementów	Min. 80	
7.	Kąt pola obrazowego głowicy	Min. 90 stopni	
8.	Głębokość obrazowania	Min. 38 cm	
9.	Głowica liniowa wieloczęstotliwościowa, szerokopasmowa do badań naczyniowych i małych oraz powierzchniowo położonych narządów.	Tak	
10.	Zakres częstotliwości pracy przetwornika	Min. 4 – 16 MHz	
11.	Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode	Min. 3	
12.	Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego	Min. 3	
13.	Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler	Min. 3	
14.	Długość pola obrazowego (przy wyłączonym obrazowaniu trapezowym)	Max. 40 mm	
15.	Ilość elementów	Min. 190	
16.	Głowica convex wieloczęstotliwościowa, szerokopasmowa do badań j. brzusznej, ginekologiczno-położniczych, echa płodu i innych.	Tak	
17.	Zakres częstotliwości pracy przetwornika	Min. 1,5 – 5,5 MHz	
18.	Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode	Min. 3	
19.	Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego	Min. 4	
20.	Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler	Min. 3	
21.	Ilość elementów	Min. 128	
22.	Kąt pola obrazowego głowicy	Min 60 stopni	
23.	Głębokość obrazowania	Min. 40 cm	
24.	Głowica microconvex endokawitarna wieloczęstotliwościowa, szerokopasmowa do badań ginekologicznych i urologicznych.	Tak	
25.	Zakres częstotliwości pracy przetwornika	Min. 3 – 12 MHz	
26.	Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode	Min. 3	
27.	Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego	Min. 3	

28.	Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler	Min. 3	
29.	Ilość elementów	Min. 160	
30.	Kąt pola obrazowego głowicy	Min. 170 stopni	
31.	Głębokość obrazowania	Min. 25 cm	
OPROGRAMOWANIE POMIAROWO-OBLICZENIOWE			
1.	2.	3.	4.
1.	Pakiet obliczeń automatycznych dla Dopplera – automatyczny obrys spektrum wraz z podaniem podstawowych parametrów przepływu (min. PI, RI i inne) zarówno na obrazie rzeczywistym, jak i na obrazie zamrożonym	Tak	
2.	Oprogramowanie aparatu /programy obliczeniowe i raporty/: kardiologia, naczynia, j.brzuszna, ginekologia, położnictwo, pediatria, małe i powierzchowne narządy, urologia i inne	Tak	
3.	Raporty z każdego rodzaju badań z możliwością dołączania obrazów	Tak	
OPCJE ROZBUDOWY (DOSTEPNE NA DZIEŃ SKŁADANIA OFERT)			
1.	2.	3.	4.
1.	Tryb kolorowy i spektralny Doppler tkankowy	Tak	
2.	Analiza kurczliwości mięśnia sercowego Strain i Strain Rate z użyciem kolorowego Dopplera tkankowego	Tak	
3.	Analiza kurczliwości mięśnia sercowego Strain i Strain Rate realizowana w trybie 2D (funkcja śledzenia plamki lub podobne)	Tak	
4.	Tryb anatomiczny M-mode min. z 3 linii prostych i krzywoliniowy anatomiczny M-mode	Tak	
5.	Obrazowanie z użyciem ultrasonograficznego środka kontrastującego w tym z niskim indeksem mechanicznym	Tak	
6.	Obrazowanie panoramiczne	Tak	
7.	Obrazowanie panoramiczne przepływów w Color lub Power Dopplerze	Tak	
8.	Automatyczny pomiar IMT	Tak	
9.	Automatyczny pomiar NT	Tak	
10.	Automatyczny pomiar podstawowych parametrów biometrii płodu (min. BPD, HC, AC i FL)	Tak	
11.	Automatyczny pomiar objętości w trybie 3D	Tak	
12.	Automatyczny pomiar pęcherzyków w jajniku z oznaczeniem poszczególnych pęcherzyków na obrazie 3D.	Tak	
13.	Głowica objętościowa endowaginalna pracująca w trybie 4D	Tak	
14.	Obrazowanie objętościowe serca płodu tzw. STIC	Tak	
15.	Obrazowanie tzw. tomograficzne – wyświetlanie kilku warstw danej objętości jednocześnie na ekranie	Tak	

16.	Głowice convex, endokawitarne, liniowe i sektorowe (phased array)	Tak	
17.	Głowica objętościowa convex pracująca w trybie 4D.	Tak	

*Podane przez Zamawiającego parametry są parametrami minimalnymi, co oznacza że każdy Wykonawca może zaoferować parametry lepsze tzn. nie gorsze od podanych.

....., dnia

(Miejscowość)

.....

Podpis wykonawcy lub osoby (osób)
upoważnionej do występowania w imieniu
wykonawcy²

² Pożyczony czytelny podpis albo podpis i pieczęć z imieniem i nazwiskiem

Załącznik nr 2 składany na wezwanie Zamawiającego przez wykonawcę, którego oferta zostanie oceniona jako najkorzystniejsza

<i>(pieczęć Wykonawcy)</i>	WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW
----------------------------	--------------------------------

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn:

„Zakup wraz z dostawą fabrycznie nowego aparatu ultrasonograficznego dla Gminnego Ośrodka Zdrowia w Sulmierzycach”

oświadczamy, że wykonaliśmy następujące dostawy:

Lp.	Przedmiot dostawy	Wartość dostawy brutto w PLN	Data wykonania		Podmiot na rzecz którego dostawy zostały wykonane
			Początek [dd/mm/rrrrr]	Zakończenie [dd/mm/rrrrr]	
1.					
2.					

Uwaga: Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć dowody określające czy te dostawy zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy;

....., dnia

(Miejscowość)

.....
Podpis wykonawcy lub osoby (osób) upoważnionej do występowania w imieniu wykonawcy³

³ Pożyczony czytelny podpis albo podpis i pieczętka z imieniem i nazwiskiem

Załącznik nr 3 - dokument składany wraz z ofertą

<i>(pieczęć Wykonawcy)</i>	WSKAZANIE CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM i PODANIE PRZEZ WYKONAWCĘ FIRM PODWYKONAWCÓW
----------------------------	---

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn:

„Zakup wraz z dostawą fabrycznie nowego aparatu ultrasonograficznego dla Gminnego Ośrodka Zdrowia w Sulmierzycach”

Oświadczam, iż poniższe części zamówienia zamierzam powierzyć następującym podwykonawcom:

1. Nazwa części zamówienia
- Nazwa podwykonawcy.....
2. Nazwa części zamówienia
- Nazwa podwykonawcy.....
3.

....., dnia

(Miejscowość)

.....
Podpis wykonawcy lub osoby (osób)
upoważnionej do występowania w imieniu
wykonawcy⁴

⁴ Pożyczony czytelny podpis albo podpis i pieczęć z imieniem i nazwiskiem

(pieczęć Wykonawcy)	OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI, LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ, O KTÓREJ MOWA W ART. 24 UST. 1 PKT 23 Pzp (podstawa art. 24 ust. 11 Pzp)
---------------------	---

Po zapoznaniu się z informacją podaną przez zamawiającego na stronie internetowej www.sulmierzyce.biuletyn.net z otwarcia ofert w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn:

„Zakup wraz z dostawą fabrycznie nowego aparatu ultrasonograficznego dla Gminnego Ośrodka Zdrowia w Sulmierzycach”

1.*

Oświadczam, że należę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2015 r., poz. 184,1618 i 1634 zm.) z poniższymi wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty w niniejszym postępowaniu:

Lp.	Nazwa podmiotu

....., dnia

Miejscowość

.....

Podpis Wykonawcy lub osoby (osób)
upoważnionej do występowania w imieniu
Wykonawcy⁵

2.*

Oświadczam, że nie należę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2015 r., poz. 184,1618 i 1634 zm.) z wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty w niniejszym postępowaniu.

....., dnia

Miejscowość

.....

Podpis wykonawcy lub osoby (osób)
upoważnionej do występowania w imieniu
wykonawcy⁵

*** Należy wypełnić pkt 1 albo pkt 2. W przypadku złożenia oświadczenia o treści z pkt 1 Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.**

⁵Pożądaną czytelny podpis albo podpis i pieczętka z imieniem i nazwiskiem