**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

**Wykonawca\*:**

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy: .........................................................................

Zarejestrowany adres Wykonawcy: ...........................................................................

Adres do korespondencji:........................................................................................

Numer telefonu:.....................................................................................................

Adres e-mail: ........................................................................................................

NIP/REGON: ..........................................................................................................

Odpis lub informacja z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej znajduje się pod adresem internetowym:

http://..................................................................................................................

\**w przypadku oferty składanej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców oraz wskazać Pełnomocnika*

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na zadanie pn.: **„Dostawa   
i montaż sprzętu stomatologicznego na potrzeby programu polityki zdrowotnej pn. Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych wraz z pełną obsługą serwisową”.**

o znaku **ZP/TP/15/2021/WZD** oferuję realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

cena netto ...................................................................................................... zł

podatek VAT w wysokości ........%, tj. ............................................................. zł

**cena brutto................................................................................................ zł**

1. Oświadczam, iż kwota brutto dotycząca wartości zamówienia obejmuje pełną dostawę z montażem oraz wszelkie czynności obsługowe i naprawcze oraz materiały eksploatacyjne zgodnie z zaleceniami producenta i zakresem szczegółowo opisanym w karcie gwarancyjnej i instrukcji obsługi dostarczonego sprzętu.

2. Oferuję dostawę sprzętu stomatologicznego będącego przedmiotemzamówienia w terminie **do 30 dni kalendarzowych** od daty zawarcia umowy.

**3. Udzielam gwarancji** **na dostarczony sprzęt stomatologiczny**, której ważność rozpoczyna się od daty odbioru**:**

1) na unity **.........**  /*nie krócej niż 24 miesiące*/,

2) na osprzęt/urządzenia **........** /*nie krócej niż 12 miesięcy*/,

4. Oświadczam, że akceptuję termin płatności: 30 dni.

5. Oferuję realizację przedmiotu zamówienia na warunkach zapisanych w SWZ i projekcie umowy.

6. Oświadczam, że akceptuję projekt umowy.

7. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany   
w SWZ.

8. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia siłami własnymi/ część prac zamierzam powierzyć podwykonawcom**\***, w tym:

1. zakres powierzonych prac …………………………………………………………………………….……
2. nazwa (firma) podwykonawcy ……………………………………………………………………………**\*\***

9. Oświadczam, że podpisuję niniejszą ofertę, jako osoba do tego upoważniona na podstawie załączonego: pełnomocnictwa/ odpisu z centralnej ewidencji i informacji   
o działalności gospodarczej/ odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego \*

10. Oświadczam, że w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego występuję jako: *osoba fizyczna/ osoba prawna/ jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej/ podmiot występujący wspólnie (konsorcjum, spółka cywilna)\*.*

11. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu1.

12. Zastrzegam /nie zastrzegam**1** w trybie art. 18 ust. 3 ustawy z dnia 11 września 2019r. zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz.2019 z późn. zm.) w odniesieniu do poniższych informacji zawartych ofercie, stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa   
w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, iż nie mogą być one udostępniane:

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

*(w przypadku zastrzeżenia w ofercie informacji należy wymienić informacje zastrzeżone stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa oraz zabezpieczyć je zgodnie z postanowieniami niniejszej SWZ a także wykazać, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa).*

17. Oświadczam, iż prowadzę działalność jako małe/średnie przedsiębiorstwo TAK/NIE\*2

*\* niepotrzebne skreślić,*

*\*\* wypełnić jeżeli dotyczy*

**1**– w sytuacji gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (należy wykreślić oświadczenie)

**2**– Mikroprzedsiębiorstwa oraz małe i średnie przedsiębiorstwa (MŚP): przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro, a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro

**Upełnomocniony przedstawiciel**

**Wykonawcy**:

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

Data : .............................................

**Załącznik nr 1.1 do SWZ**

………………………………………………………………………

Nazwa i adres składającego oświadczenie

**OŚWIADCZENIE**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej: ustawa Pzp) na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„Dostawa i montaż sprzętu stomatologicznego na potrzeby programu polityki zdrowotnej pn. Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych wraz z pełną obsługą serwisową.”** o znaku **ZP/TP/15/2021/WZD** prowadzonego przez Gminę Wrocław – Urząd Miejski Wrocławia, dotyczące:

**Przesłanek wykluczenia z postępowania**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp*). Jednocześnie w związku z powyższym oświadczam, na podstawie art. 110 ust. 1 ustawy Pzp, że podjąłem następujące czynności:

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

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

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne na dzień składania ofert i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Upełnomocniony przedstawiciel**

**Wykonawcy**:

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

Data : .............................................

**Załącznik nr 1.2 do SWZ**

………………………………………………………………………

Nazwa i adres składającego oświadczenie

Wykaz zaoferowanego sprzętu

UWAGA: Wykonawca jest zobowiązany wypełnić wszystkie rubryki podając kompletne, jednoznaczne i niebudzące wątpliwości informacje, z których wynikać będzie spełnianie opisanego warunku dysponowania osobami.

W tabeli należy opisać/ podać informacje dotyczące parametrów technicznych osprzętu/urządzeń oferowanych przez Wykonawcę

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne urządzeń** | **Odpowiedź Wykonawcy:**  **opisać/**  **podać parametry urządzeń** |
| 1. | **Nazwa producenta** |  |
| 2. | **Model** |  |
| 3. | **Rok produkcji** |  |
| 4. | **Sprzęt** fabrycznie nowy, nie powystawowy, kompletny, oryginalnie zapakowany, gotowy do użytkowania, wolny od wad fizycznych i prawnych oraz roszczeń osób trzecich z certyfikatami (deklaracje zgodności oznaczoną znakiem CE dla urządzeń medycznych) dopuszczającymi do użytkowania na terenie RP oraz jest zgodny z normami obowiązującymi na terenie Unii Europejskiej. |  |
| 5. | UNIT STOMATOLOGICZNY sterowany pneumatycznie i elektrycznie lub elektrycznie w wersji zawieszonej lub półstacjonarnej z wyposażeniem, dostosowany do przyjmowania pacjentów w wieku dziecięcym | |
|  | Napięcie zasilające 230V ± 10% |  |
|  | Częstotliwość 50/60 Hz |  |
|  | Ciśnienie powietrza wejściowego -  od 0,45 do 0,8 MPa |  |
|  | Ciśnienie wody wejściowej -  od 0,3 do 0,6 MPa |  |
|  | Waga unitu (bez fotela) – 80 kg +maks. 35 kg (w zależności od wersji) |  |
|  | Typ ochrony przeciwporażeniowej -urządzenie klasy I |  |
|  | Maks. udźwig „tray -stolika” –1,5 kg +0,5 kg |  |
|  | **FOTEL PACJENTA** spełniający następujące wymagania: | |
|  | sterowanie ze sterownika nożnego, konsoli lekarza i w panelu asysty |  |
|  | sterowany zagłówek w trzech płaszczyznach z dodatkową regulacją dla niskich pacjentów |  |
|  | przyłącza zlokalizowane pod fotelem |  |
|  | blokada najazdowa fotela chroniąca unit przed uszkodzeniem |  |
|  | aseptyczna podstawa fotela pokryta trwałą, zmywalną powłoką zabezpieczającą fotel przed przypadkowymi uszkodzeniami mechanicznymi |  |
|  | miękka, bezszwowa tapicerka fotela z możliwością dezynfekcji |  |
|  | pozycja ratunkowa wywoływana jednym przyciskiem |  |
|  | **BLOK SPLUWACZKI** spełniający następujące wymagania: | |
|  | blok spluwaczki ze spłukiwaną misą i napełnianiem kubka z ramienia asysty |  |
|  | panel asysty zamocowany do bloku spluwaczki na ruchomym, wieloprzegubowym ramieniu z klawiaturą umożliwiającą personelowi medycznemu sterowanie funkcjami unitu |  |
|  | ceramiczna/ szklana odchylana misa spluwaczki |  |
|  | panel asysty wyposażony w dwa węże ssaka z redukcją na końcówkę ślinociągu |  |
|  | system informujący personel medyczny o niskim poziomie wody destylowanej |  |
|  | **KONSOLA LEKARSKA**spełniająca następujące wymagania: | |
|  | rękawy podawane „od góry” |  |
|  | aseptyczny panel sterowania funkcjami unitu (ustawienia fotela, wody do kubka i spluwaczki, programy) |  |
|  | system wody destylowanej z butelki, umieszczonej w bloku spluwaczki |  |
|  | ruchoma półka narzędziowa |  |
|  | metalowa strzykawko-dmuchawka  3-funkcyjna z wymiennymi końcówkami |  |
|  | mikrosilnik bezszczotkowy, elektryczny ze światłem (zakres pracy min. 1200 – 40 000 obr) |  |
|  | kątnica 1:1 ze światłem LED i wewnętrznym chłodzeniem |  |
|  | rękaw turbinowy wraz z turbiną ze światłem LED |  |
|  | szybkozłącza do zamontowania turbiny ze światłem |  |
|  | diodowa lampa polimeryzacyjna montowana w konsoli lekarskiej min. 1000-2200 mW/cm², pracująca w 6 trybach z miękkim startem |  |
|  | skaler piezoelektryczny ze światłem wraz z zestawem końcówek ze światłem |  |
|  | wyświetlacz LCD |  |
|  | kamera wewnątrzustna z monitorem na ramieniu sterowana z konsoli lekarza ze stopklatką i możliwością archiwizowania zdjęć w komputerze |  |
|  | **LAMPA ZABIEGOWA LED** spełniająca następujące wymagania: | |
|  | zamocowana na ramieniu pantograficznym w bloku spluwaczki |  |
|  | łatwo zdejmowane rączki lampy |  |
|  | bezdotykowe włączanie i ściemnianie |  |
|  | zmienne natężenie światła lampy diodowej LED w zakresie minimum: 9 000 lx ÷ 50 000 lx. |  |
|  | **STOŁEK STOMATOLOGICZNY LEKARZA** spełniający następujące wymagania: | |
|  | regulowany kąt nachylenia oparcia |  |
|  | regulowana wysokość oraz kąt nachylenia siedziska |  |
|  | miękka, komfortowa tapicerka |  |
|  | **STOŁEK STOMATOLOGICZNY ASYSTY** spełniający następujące wymagania: | |
|  | regulowane oparcie i regulowana wysokość stołka |  |
|  | **ZESTAW MULTIMEDIALNY** spełniający następujące wymagania: | |
|  | monitor panoramiczny o przekątnej min. 19” |  |
|  | wbudowane wejście Video, VGA, HDMI, USB, głośniki |  |
|  | zamocowany na oryginalnym ramieniu producenta unitu do kolumny lampy zabiegowej |  |
|  | możliwość podłączenia kamery wewnątrzustnej zintegrowanej z unitem |  |
|  | kamera o rozdzielczości min. 1,3 mp |  |
|  | monitor i kamera zasilane niskim napięciem |  |
|  | **KOMPRESOR BEZOLEJOWY DO UNITU** spełniający następujące wymagania: | |
|  | cichy kompresor bezolejowy z automatycznym spustem kondensatu |  |
|  | możliwość wyposażenia w fabryczną obudowę wyciszającą |  |
|  | wydajność min. 130 l/min |  |
|  | zbiornik max. 25 l |  |
|  | głośność max. 65 dB |  |
|  | **POMPA SSĄCA DO UNITU** spełniający następujące wymagania: | |
|  | instalacja ssakowa, system mokry z chirurgiczną pompą ssakową, podłączany bezpośrednio do kanalizacji |  |
|  | możliwość wyposażenia w fabryczną obudowę wyciszającą |  |
|  | możliwość doposażenia w separację amalgamatu w dowolnym momencie |  |
| 6. | **URZĄDZENIE DO CZYSZCZENIA, SMAROWANIA I KONSERWACJI KOŃCÓWEK STOMATOLOGICZNYCH, ZASILANE POWIETRZEM Z KOMPRESORA** |  |
| 7. | **MYJKA ULTRADŹWIĘKOWA DO NARZĘDZI, POJ. MIN. 2,5 L** |  |
| 8. | **AUTOKLAW STOMATOLOGICZNY** spełniający następujące wymagania: | |
|  | pojemność min. 18 l |  |
|  | sterylizacja w klasie B+ z cyfrową rejestracją cykli |  |
|  | wyposażony w zawór bezpieczeństwa CE |  |
|  | wyposażony w niezależne zbiorniki na czystą i brudną wodę |  |
|  | wbudowany system cyfrowy do archiwizacji danych sterylizacji |  |
|  | dostępna pełna dokumentacja techniczna, niezbędna do rejestracji w Urzędzie Dozoru Technicznego |  |
| 9. | **ASYSTOR STOMATOLOGICZNY** | |
|  | wyposażony w min. 3 szuflady z systemem samodomykającym |  |
|  | blat szklany grubości min. 5mm |  |
|  | wkłady do szuflad |  |
| 10. | **ZGRZEWARKA IMPULSOWA DO RĘKAWÓW** |  |
| 11. | **DESTYLARKA** |  |
| 12. | **WSTRZĄSARKA DO GLASJONOMERÓW** |  |

UWAGA: Wykonawca jest zobowiązany wypełnić wszystkie rubryki podając kompletne, jednoznaczne i niebudzące wątpliwości informacje, z których wynikać będzie spełnianie warunków technicznych oferowanego sprzętu z wymaganiami Zamawiającego.

**Upełnomocniony przedstawiciel**

**Wykonawcy**:

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

Data : .............................................

**1** - treść Wykazu może być dowolnie modyfikowana przez Wykonawcę

**2** - niewłaściwe skreślić

**Załącznik nr 1.3 do SWZ**

………………………………………………………………………

Nazwa i adres składającego oświadczenie

………………………………………………………………………

Nazwa i adres składającego oświadczenie

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się   
o udzielenie zamówienia**

składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych dotyczące dostaw, usług lub robót budowlanych, które wykonają poszczególni Wykonawcy

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„Dostawa   
i montaż sprzętu stomatologicznego na potrzeby programu polityki zdrowotnej pn. Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych wraz z pełną obsługą serwisową”** o znaku **ZP/TP/15/2021/WZD** prowadzonego przez Gminę Wrocław – Urząd Miejski Wrocławia oświadczam, że:

............................................................................................................................(*nazwa Wykonawcy*)

zrealizuje następujące roboty budowlane / usługi / dostawy**1**:

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

............................................................................................................................ (*nazwa Wykonawcy*)

zrealizuje następujące roboty budowlane / usługi / dostawy**1**:

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

**Upełnomocniony przedstawiciel**

**Wykonawcy**:

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

Data : .............................................

**1** - niewłaściwe skreślić