Załącznik nr 1

Dane Wykonawcy :

Nazwa/Adres : …………………………………………………………………………………………..

NIP …………………….

Regon ………………….

Nr KRS ………………..

data ..................................

# FORMULARZ OFERTY

Do Śląskiego Centrum

 Chorób Serca w Zabrzu

 ul. M.C.Skłodowskiej 9

 41-800 Zabrze

 Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na dostawę stymulatorów i elektrod ablacyjnych ( sprawa nr 67/EZP/20), oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia za cenę wyszczególnioną w Pakiecie .

**Termin płatności ustalamy do 30 dni** licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

1. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty – deklarujemy gotowość podpisania umowy na warunkach określonych w załącznik nr 3 do SIWZ w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
4. Oświadczamy , że pozyskane do złożenia oferty dane osobowe są dokonane za zgodą osób tam wymienionych .
5. Oświadczamy, że posiadamy dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do używania i obrotu na terenie Polski oraz, że jesteśmy gotowi do dostarczenia tych dokumentów na każde żądanie zamawiającego w terminie 5 dni od otrzymania zawiadomienia
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z polityką i zasadami środowiskowymi, bezpieczeństwa i higieny pracy dla firm realizujących dostawy i/lub usługi umieszczonymi na stronie internetowej Szpitala .

7. Nasz adres E-mail do odbierania korespondencji ………………………

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ...................................................
2. ...................................................

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej.*

Załącznik nr 2

Pakiet nr 1

**Stymulator bezelektrodowy z możliwością stymulacji komór zsynchronizowanej z akcją przedsionków z kompletnym zestawem wprowadzającym**

|  |
| --- |
|  |
| l.p. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Nr kat. / producent | Ilość szt. | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Stymulator bezelektrodowy z programami stymulacji VVI, VVIR, VDD. |  | 6 |  |  |  |  |
| 2 | Zestaw wprowadzający obejmujący koszulkę naczyniową z zestawem uwalniającym stymulator, koszulkę naczyniową z rozszerzaczem 18F, prowadnik o podwyższonej twardości (długość min. 180cm). |  | 6 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | razem |  |  |

Wykonawca musi zapewnić szkolenie personelu lekarskiego.

Wykonawca zapewnia min. 2 programatory pozwalające na programowanie urządzenia

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*

Załącznik nr 2

Pakiet nr 2

**Elektroda ablacyjna z platynową końcówka aktywną z elementami diamentowymi o wysokim przewodnictwie cieplnym,**

 **z kablem łączącym z systemem elektrofizjologicznym**

|  |
| --- |
|  |
| l.p. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Nr kat. / producent | Ilość szt. | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Elektroda ablacyjna z platynową końcówką aktywną z elementami diamentowymi (min. 90% zawartości platyny)- Metodyka wykonywania aplikacji prądem RF w trybie kontroli temperatury- Niskoprzepływowe chłodzenie końcówki elektrody- Możliwość mapowania wysokiej gęstości (odstęp elektrod pozwalających na rejestrację sygnału bipolarnego <1,5mm) |  | 5 |  |  |  |  |
| 2 | Dreny do pompy chłodzącej |  | 5 |  |  |  |  |
| 3 | Kabel łączący |  | 1 |  |  |  |  |
| 4 | Dzierżawa generatora i pompy do irygacji elektrody ablacyjnej |  | 24 m-ce |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | razem |  |  |

Wykonawca musi zapewnić szkolenie personelu lekarskiego.

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*