Załącznik nr 1

do Zaproszenia

do składania ofert

**FORMULARZ OFERTY**

**na realizację zadania pn****.”Podniesienie jakości i skuteczności działań medycznych podejmowanych w SOR w Szpitalu w Brzezinach”,**

**dla którego udzielono dotacji celowej ze środków Funduszu Medycznego w ramach Umowy nr DOI/FM/SMPL/11/MDSOR/2023/2199/260**

**w zakresie zakupu aparatu CT do pracowni komputerowego badania tomograficznego wraz z dostosowaniem pracowni w formule zaprojektuj-wybuduj-wyposaż**

1. **Oferent**

Nazwa: ………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

Adres: ……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

NIP: ……………………………………………………………………………...………….

REGON: …………………………………………………………………………………….

Dokument (wraz z podaniem kwoty gwarancyjnej) potwierdzający ubezpieczenie na okres realizacji zadania od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej związanej z przedmiotem zamówienia, zgodnie z punktem VII podpunkt 3 Zaproszenia do składania ofert: ……………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….

Osoba do kontaktu (imię, nazwisko, stanowisko, nr telefonu, adres e-mail):

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

1. **Kryterium dostępu – doświadczenie Oferenta**

Proszę wypełnić tabelę

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa inwestycji/Inwestor** | **Zakres wykonanych prac** | **Wartość wykonanych prac** | **Termin wykonanych prac** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

1. **Wartość oferty**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres rzeczowy inwestycji** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| 1. | Dostawa aparatu CT |  |  |
| 2. | Wykonanie robót budowlanych w celu dostosowania pracowni |  |  |
| 3. | Dokumentacja projektowa, odbiorowa, dopuszczająca aparat i pracownię  do wykonywania usług diagnostycznych |  |  |
| RAZEM: | |  |  |

1. **Okres gwarancji**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres rzeczowy** | **Gwarancja (lata)** | **Uwagi** |
| 1. | Aparat CT |  |  |
| 2. | Roboty budowlane |  |  |

1. **Parametry techniczne aparatu CT**

Wg załączonego zestawienia

1. **Warianty kontraktu serwisowego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres kontraktu serwisowego**  **po okresie gwarancji** | **Roczna wartość brutto** | **Okres kontraktu serwisowego** | **Propozycja płatności (np.:miesięczna, kwartalna) wraz  z kwotą** |
| 1. | Przeglądy techniczne wraz z wymianą elementów zalecanych przez producenta |  |  |  |
| 2. | Przeglądy techniczne wraz z wymianą elementów zalecanych przez producenta oraz naprawy wraz z wymianą części |  |  |  |
| 3. | Przeglądy techniczne wraz z wymianą elementów zalecanych przez producenta oraz naprawy wraz z wymianą części, w tym wraz z wymianą lampy |  |  |  |

1. **Dane i podpis/y osoby/osób reprezentujących Oferenta** (imię i nazwisko, stanowisko, podpis)

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