

**Zamawiający:**

**Kleszczowska Przychodnia  
Salus Sp. z o.o.  
ul. Osiedlowa 2  
97-410 Kleszczów**

**Wykonawca<sup>1</sup>:**

Nazwa: .....

Adres: .....

E-mail: ..... tel. ....

NIP ..... REGON .....

Osoba do kontaktu: .....

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Niniejszym oferuję realizację zamówienia publicznego pn. dostawa sprzętu medycznego dla potrzeb „Kleszczowskiej Przychodni Salus” Sp. z o.o. w Kleszczowie, w zakresie i wartości określonej w Formularzu asortymentowo-cenowym (wg załącznika nr 2 do SWZ) będącym załącznikiem do niniejszego Formularza ofertowego.**

**II. Jednocześnie oświadczam, że:**

- 1) uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert;
- 2) zapoznałem się z warunkami podanymi przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia;
- 3) w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w Zapytaniu ofertowym wraz z załączonym do niego wzorem umowy oraz złożonej ofercie;
- 5) przedmiotowe zamówienie zamierzam wykonać samodzielnie (w całości/w części<sup>2</sup>). Podwykonawcom: ..... zamierzam powierzyć następujące części zamówienia: .....<sup>3</sup>;
- 6) niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, z wyjątkiem pliku pn. ....<sup>4</sup>;
- 7) stosownie do art. 225 ust. 2 ustawy Pzp informujemy, że wybór naszej oferty nie będzie/będzie<sup>2</sup> prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył .....<sup>5</sup> objętych przedmiotem zamówienia, a ich wartość netto będzie wynosiła ..... zł<sup>6</sup>, stawka VAT .....<sup>7</sup>;

<sup>1</sup> w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego Wykonawcę wymaga się wypełnienia dla każdego Wykonawcy osobno;

<sup>2</sup> niewłaściwe skreślić;

<sup>3</sup> należy podać firmy Podwykonawców oraz części zamówienia, które zostaną powierzone Podwykonawcom, o ile są wiadome;

<sup>4</sup> podać nazwę pliku stanowiącego tajemnicę przedsiębiorstwa, zgodnie z pkt 6.7) Zapytania ofertowego;

<sup>5</sup> wpisać część zamówienia, która będzie prowadziła do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług;

<sup>6</sup> wpisać wartość części zamówienia objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku;

<sup>7</sup> wpisać wartość stawki podatku VAT, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie;

8) nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2022r. poz. 835).

**III.** Osoba/ami upoważnioną/yami do podpisania umowy w przedmiotowym postępowaniu jest/są: ..... (imię, nazwisko, funkcja reprezentującego).

....., dnia.....

.....  
*Podpisy i pieczętki imienne przedstawicieli Wykonawcy  
upoważnionych do jego reprezentowania*

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

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

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

Niniejszym oferujemy realizację zamówienia publicznego na *dostawę sprzętu medycznego dla potrzeb „Kleszczowskiej Przychodni Salus” Sp. z o.o. w Kleszczowie:*

| L.p. | Przedmiot zamówienia   | J.m. | Ilość | Cena jedn. netto | Cena jedn. brutto | Wartość netto | Wartość brutto | Stawka VAT [%] | Producent / model |
|------|--|------|-------|------------------|-------------------|---------------|----------------|----------------|-------------------|
| 1    | Lampa bakteriobójcza przepływowa (przejezdna)                      | szt. | 5     |                  |                   |               |                |                |                   |
| 2    | Aparat EKG z możliwością podłączenia do systemu medycznego mMedica | szt. | 2     |                  |                   |               |                |                |                   |
| 3    | Stolik zabiegowy z trzema szufladami                               | szt. | 2     |                  |                   |               |                |                |                   |
| 4    | Torba pielęgniarstwa wyjazdowa                                     | szt. | 2     |                  |                   |               |                |                |                   |
| 5    | Rotor stacjonarny  | szt. | 1     |                  |                   |               |                |                |                   |
| 6    | Monitor medyczny opisowy monochromatyczny                          | szt. | 2     |                  |                   |               |                |                |                   |
| 7    | Inhalator pneumatyczny   | szt. | 1     |                  |                   |               |                |                |                   |
| 8    | Aparat do elektroterapii wraz terapią podciśnieniową               | szt. | 1     |                  |                   |               |                |                |                   |
| 9    | Rejestrator holterowski EKG 3-kanalowy                             | szt. | 2     |                  |                   |               |                |                |                   |

....., dnia.....

.....  
 Podpisy i pieczętki imienne przedstawicieli Wykonawcy  
 upoważnionych do jego reprezentowania

**SZCZEGÓŁOWY OPIS  
PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Poz. 1 - Lampa bakteriobójcza przepływowa (przejezdna) (5 szt.)**

| L.p.             | Parametry wymagane   | Parametry oferowane |
|------------------|--|---------------------|
| 1                | Lampa wirusobójcza i bakteriobójcza przepływowa UV-C na statywie przejezdnym, bezpieczna dla otoczenia - umożliwiająca dezynfekcję powietrza w pomieszczeniu w obecności personelu i pacjentów |                     |
| 2                | Spektrum działania: bakterie, drobnoustroje, wirusy, pleśnie/grzyby  |                     |
| 3                | Napięcie zasilania: 230 V 50 Hz  |                     |
| 4                | Lampa energooszczędna - pobór mocy: 85W  |                     |
| 5                | Element emitujący promieniowanie UV-C: 2x30 W  |                     |
| 6                | Trwałość promiennika: min. 8000 h  |                     |
| 7                | Wydajność wentylatora: 132 m <sup>3</sup> /h   |                     |
| 8                | Dezynfekowana kubatura: 25-50 m <sup>3</sup> /h  |                     |
| 9                | Zasięg działania lampy: 10-20 m <sup>2</sup>   |                     |
| 10               | Klasa zabezpieczenia ppor.: I  |                     |
| 11               | Obudowa typu IP 20   |                     |
| 12               | Wymiary kopuły: 1125 x 215 x 130 mm (+/- 100mm)  |                     |
| 13               | Wymiary: 600 x 1300 x 600 mm (+/- 100mm)   |                     |
| 14               | Masa: 13 kg  |                     |
| <b>Pozostale</b> |  |                     |
| 15               | Urządzenie odporne na środki dezynfekcyjne stosowane w placówkach służby zdrowia oraz promienie UV   |                     |
| 16               | Gwarancja min. 24 m-ce   |                     |
| 17               | Urządzenie fabrycznie nowe   |                     |
| 18               | Instrukcja obsługi w języku polskim  |                     |
| 19               | Przegląd okresowy z dokonaniem wpisem w paszporcie urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta min. raz w roku (w czasie trwania gwarancji)  |                     |

**Poz. 2 – Aparat EKG (2 szt.)**

| L.p.             | Parametry wymagane   | Parametry oferowane |
|------------------|--|---------------------|
| 1                | Aparat do diagnostyki serca - 12-kanalowy elektrokardiograf z wydrukiem, z możliwością podłączenia do systemu medycznego – Zamawiający posiada system medyczny mMedica |                     |
| 2                | Zasilanie akumulatorowe  |                     |
| 3                | Bezprzewodowa komunikacja przez Wi-Fi  |                     |
| 4                | Realizacja zleceń w standardzie HL7 poprzez integrację z systemem medycznym mMedica (integracja wraz z zakupem licencji na okres 1 roku wliczona w cenę aparatu)       |                     |
| 5                | Zapis wsteczny EKG (1-30 sekund)   |                     |
| 6                | Wydruk dodatkowych odprowadzeń rytmów (3x4+1, 3x4+2, 3x4+3, 4x3+1, 4x3+2, 4x3+3, 6x2+1, 6x2+2, 6x2+3);   |                     |
| 7                | Dodatkowe prędkości zapisu (6,25 mm/s, 12,5 mm/s)  |                     |
| <b>Pozostale</b> |  |                     |
| 8                | Urządzenie odporne na środki dezynfekcyjne stosowane w placówkach służby zdrowia oraz promienie UV   |                     |
| 9                | Gwarancja min. 24 m-ce   |                     |
| 10               | Urządzenie fabrycznie nowe   |                     |

|    |   |  |
|----|---|--|
| 11 | Instrukcja obsługi w języku polskim   |  |
| 12 | Przegląd okresowy z dokonaniem wpisem w paszporcie urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta min. raz w roku (w czasie trwania gwarancji) |  |

**Poz. 3 – Stolik zabiegowy z trzema szufladami (2 szt.)**

| L.p.             | Parametry wymagane  | Parametry oferowane |
|------------------|---|---------------------|
| 1                | Stolik zabiegowy z pogłębioną półką, z trzema szufladami  |                     |
| 2                | Stolik w całości wykonany ze stali malowanej proszkowo  |                     |
| 3                | Stolik na czterech kółkach (4x12,5 cm), z których dwa wyposażone są w hamulec nożny umożliwiający bezpieczne zatrzymanie stolika; kółka zapewniające cichą pracę wózka i nie powodujące powstawania zabrudzeń na różnego typu podłogach; zabezpieczony czterema odbojnikami |                     |
| 4                | Stolik wyposażony w min. 2 szyny umożliwiające zamontowanie dodatkowych akcesoriów (np. pojemnik na rękawiczki)   |                     |
| 5                | Wymiary: wys. 85 cm, szer. 50 cm, dł. 50 cm (+/- 10 cm)   |                     |
| <b>Pozostałe</b> |   |                     |
| 6                | Stolik zabiegowy odporny na środki dezynfekcyjne stosowane w placówkach służby zdrowia oraz promienie UV  |                     |
| 7                | Gwarancja min. 24 m-ce  |                     |
| 8                | Stolik fabrycznie nowy  |                     |

**Poz. 4 – Torba pielęgnarska wyjazdowa (2 szt.)**

| L.p.             | Parametry wymagane  | Parametry oferowane |
|------------------|---|---------------------|
| 1                | Torba medyczna przeznaczona dla pielęgniarek na wizyty wyjazdowe  |                     |
| 2                | System nośny w 3 wariantach - możliwość noszenia torby na ramieniu – torba na długim pasku lub jako plecak – z możliwością ukrycia szelek-pasków plecaka, wózek   |                     |
| 3                | Przednia kieszeń/komora torby/plecaka z kilkoma kieszeniami   |                     |
| 4                | Torba/plecak wyposażony w:<br>- 3 duże kieszenie (z siatki) w różnych rozmiarach;<br>- 2 przezroczyste górne przegrody ułatwiające szybką identyfikację zawartości;<br>- 1 nieprzezroczysta przegroda;<br>- uchwyt na ampułki.<br>Każdy przedział wyposażony w indywidualny uchwyt ułatwiający ich transport indywidualnie. |                     |
| 5                | Plecak wyposażony we wzmocnione szelki-paski zapewniające wygodny transport   |                     |
| 6                | Masa: (+/-) 2 kg  |                     |
| 7                | Pojemność: (+/-) 19 litrów  |                     |
| 8                | Wymiary: (+/-) 16 cm × 40 cm × 30 cm  |                     |
| 9                | Kolor – do uzgodnienia z Zamawiającym   |                     |
| <b>Pozostałe</b> |   |                     |
| 10               | Gwarancja min. 24 m-ce  |                     |
| 11               | Torba fabrycznie nowa   |                     |

**Poz. 5 – Rotor stacjonarny (1 szt.)**

| L.p. | Parametry wymagane | Parametry oferowane |
|------|--------------------|---------------------|
|------|--------------------|---------------------|

|                  |  |  |
|------------------|--|--|
| 1                | Rotor stacjonarny do treningu kardiologicznego   |  |
| 2                | Elektrycznie regulowana wysokość siedziska. Regulacja położenia siodełka w pionie i poziome  |  |
| 3                | Obrotowy ekran (180°) umożliwiający kontrolę parametrów przez terapeutę oraz dodatkowy wyświetlacz dla pacjenta ułatwiający kontrolę treningu  |  |
| 4                | Wartości takie, jak: obciążenie, czas, prędkość, tętno oraz opcjonalnie SpO <sub>2</sub> (nieinwazyjny pomiar SpO <sub>2</sub> za pomocą klipsa na palec) i ciśnienie krwi – prezentowane na wyświetlaczu głównym wyposażonym w 5 przycisków |  |
| 5                | Możliwość automatycznego pomiaru ciśnienia krwi i SpO <sub>2</sub> , bezprzewodowy pomiar EKG - zasilany baterią, pomiar ciśnienia krwi, dodatkowy pomiar tętna  |  |
| 6                | Możliwość szybkiego rozpoczęcia i przerwania treningu za pomocą klawiszy START/STOP  |  |
| 7                | Programy treningowe: manualne, kardiologiczne, protokoły WHO, wysiłkowe  |  |
| 8                | System obciążenia: elektromagnetyczny  |  |
| 9                | Masa użytkownika: max. 200 kg  |  |
| 10               | Obroty: 20-130 RPM   |  |
| 11               | Obciążenie: 15 – 1100 W. Regulacja obciążenia: co 5 W  |  |
| 12               | Wymiary urządzenia: dł. 128 cm x szer. 62 cm x wys. 146 cm (+/- 5cm)   |  |
| 13               | Masa urządzenia: +/- 65 kg   |  |
| <b>Pozostałe</b> |  |  |
| 14               | Urządzenie odporne na środki dezynfekcyjne stosowane w placówkach służby zdrowia oraz promienie UV   |  |
| 15               | Gwarancja min. 24 m-ce   |  |
| 17               | Urządzenie fabrycznie nowe   |  |
| 18               | Instrukcja obsługi w języku polskim  |  |
| 19               | Przegląd okresowy z dokonaniem wpisem w paszporcie urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta min. raz w roku (w czasie trwania gwarancji)  |  |

**Poz. 6 – Monitor medyczny opisowy monochromatyczny (2 szt.)**

| L.p.             | Parametry wymagane  | Parametry oferowane |
|------------------|---|---------------------|
| 1                | Dwa monitory medyczne monochromatyczne pracujące w układzie pionowym, w standardzie DICOM, stanowiące parę i posiadające świadectwo parowania wydane przez producenta |                     |
| 2                | Rozdzielczość: min. 2 MPix monochromatyczny   |                     |
| 3                | Robocza przekątna ekranu lub pola obrazowego: min. 47,5 cm  |                     |
| 4                | Szarość: 10-bit   |                     |
| 5                | LUT: 16 bit   |                     |
| 6                | Jasność: 1900 cd/m <sup>2</sup>   |                     |
| 7                | Kontrast: 1400:1  |                     |
| 8                | Przekątna: min. 21,3”   |                     |
| 9                | Złącza DisplayPort (DP)   |                     |
| 10               | Port DVI-D  |                     |
| <b>Pozostałe</b> |   |                     |
| 11               | Urządzenie odporne na środki dezynfekcyjne stosowane w placówkach służby zdrowia oraz promienie UV  |                     |
| 12               | Gwarancja min. 24 m-ce  |                     |
| 13               | Sprzęt fabrycznie nowy  |                     |
| 14               | Instrukcja obsługi w języku polskim   |                     |

|    |   |  |
|----|---|--|
| 15 | Przegląd okresowy z dokonaniem wpisem w paszporcie urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta min. raz w roku (w czasie trwania gwarancji) |  |
|----|---|--|

**Poz. 7 – Inhalator pneumatyczny (1 szt.)**

| L.p.             | Parametry wymagane  | Parametry oferowane |
|------------------|---|---------------------|
| 1                | Inhalator pneumatyczny działający w oparciu o zjawisko rozproszenia cieczy (leku) przy pomocy bardzo silnego strumienia powietrza   |                     |
| 2                | Wydajność sprężarki: 15,5 l/min   |                     |
| 3                | Max. ciśnienie: 3,2 bar   |                     |
| 4                | Średnia średnica cząstek dla głowicy RF6: 1,4 µm  |                     |
| 5                | Średnia średnica cząstek dla głowicy RF6 (in vitro): 3,2 µm (zgodnie z europejskim standardem dla urządzeń do aerozoloterapii – norma EN 13544-1)   |                     |
| 6                | - Wydajność aerozolu dla RF6 w trybie DA i GA: 0,4 ml/min<br>- Wydajność aerozolu dla RF6 w trybie DS: 0,8 ml/min<br>(wydajność zgodna z EN 13544-1. Uzyskiwana wydajność może różnić się ze względu na lepkość rozpylanej substancji)  |                     |
| 7                | Programowanie czasu inhalacji: 1 ÷ 59 min   |                     |
| 8                | Tryb pracy: praca ciągła  |                     |
| 9                | Zasilanie: 230 V, 50 Hz   |                     |
| 10               | Maksymalny pobór mocy: 130 VA   |                     |
| 11               | Klasa ochronności: I  |                     |
| 12               | Wymiary: 345 mm x 237 mm x 130 mm (+/- 50mm)  |                     |
| 13               | Masa urządzenia: 5,5 kg - 6,1 kg  |                     |
| 14               | Wypożyczenie min.:<br>- nebulizator (3 szt.)<br>- maska duża dla dorosłych (2 szt.)<br>- maska mała z gumką dla dzieci (3 szt.)<br>- ustnik z zaworkiem (3 szt.)<br>- końcówka nosowa do ustnika z zaworkiem (3 szt.)<br>- rurka / przewód czujnika (0,7 m) (2 szt.)<br>- rurka / przewód doprowadzający powietrze (1 m) (2 szt.)<br>- rurka / przewód doprowadzający wibracje (1 m) (2 szt.)<br>- trójnik wibracji i czujnika (3 szt.)<br>- adapter rurki czujnika (3 szt.)<br>- przewód zasilający (1 szt.) |                     |
| <b>Pozostałe</b> |   |                     |
| 15               | Urządzenie odporne na środki dezynfekcyjne stosowane w placówkach służby zdrowia oraz promienie UV  |                     |
| 16               | Gwarancja min. 24 m-ce  |                     |
| 17               | Sprzęt fabrycznie nowy  |                     |
| 18               | Instrukcja obsługi w języku polskim   |                     |
| 19               | Przegląd okresowy z dokonaniem wpisem w paszporcie urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta min. raz w roku (w czasie trwania gwarancji)   |                     |

**Poz. 8 – Aparat do elektroterapii wraz terapią podciśnieniową (1 szt.)**

| L.p. | Parametry wymagane   | Parametry oferowane |
|------|--|---------------------|
| 1    | 2-kanałowy mobilny aparat do elektroterapii, pełen zakres prądów |                     |
| 2    | Kolorowy ekran dotykowy min. 7"                                  |                     |
| 3    | Baza danych pacjentów  |                     |
| 4    | Programowalne sekwencje  |                     |

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| 5                | Terapia wysokonapięciowa  |  |
| 6                | Tryb prądu stałego i stałego napięcia   |  |
| 7                | Wyposażenie:<br>- 2 pary przewodów do elektrod,<br>- 4 elektrody 5x7 cm,<br>- woreczki do elektrod,<br>- pasy do mocowania elektrod,<br>- zasilacz  |  |
| 8                | Akcesoria dodatkowe:<br>Aparat do terapii podciśnieniowej,<br>- 4x przewód połączeniowy,<br>- 4x przewód połączeniowy,<br>- 4 pary przewodów do elektrod,<br>- 8x kabel pacjenta,<br>- 8 elektrody 60 mm,<br>- wkładki do elektrod. |  |
| 9                | Wymiary: 380 × 190 × 260 mm (+/- 50 mm)   |  |
| 10               | Masa: max. 3 kg   |  |
| 11               | Zasilanie: 240 V/AC, 50--60 Hz  |  |
| 12               | Liczba kanałów: 2   |  |
| <b>Pozostałe</b> |   |  |
| 13               | Urządzenie odporne na środki dezynfekcyjne stosowane w placówkach służby zdrowia oraz promienie UV  |  |
| 14               | Gwarancja min. 24 m-ce  |  |
| 15               | Sprzęt fabrycznie nowy  |  |
| 16               | Instrukcja obsługi w języku polskim   |  |
| 17               | Przeгляд okresowy z dokonaniem wpisem w paszporcie urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta min. raz w roku (w czasie trwania gwarancji)   |  |

**Poz. 9 – Rejestrator holterowski EKG – 3 kanałowy (2 szt.)**

| L.p.             | Parametry wymagane  | Parametry oferowane |
|------------------|---|---------------------|
| 1                | Rejestrator cyfrowy z zapisem 3-kanałowego EKG do 7 dni   |                     |
| 2                | Zapis w pamięci wewnętrznej (stałej) rejestratora   |                     |
| 3                | Detekcja impulsów stymulatora   |                     |
| 4                | Częstotliwość próbkowania sygnału EKG: min. 4000Hz  |                     |
| 5                | Rejestracja 3 kanałów EKG z 7 elektrod  |                     |
| 6                | Rejestrator wyposażony w złącze HDMI (dla eliminacji zakłóceń) wspólne dla kabla pacjenta i transmisji zarejestrowanego badania do systemu holterowskiego |                     |
| 7                | Ekranowanie kabla pacjenta  |                     |
| 8                | Impedancja wejściowa: $\geq 2M\Omega$   |                     |
| 9                | CMRR: $>60dB$   |                     |
| 10               | Możliwość podglądu na PC rejestrowanego sygnału EKG poprzez podłączenie rejestratora na pomocą kablowego interface'u                                      |                     |
| 11               | Zasilanie z 1 baterii lub akumulatora AAA   |                     |
| 12               | Wbudowany przycisk EVENT dla pacjenta   |                     |
| 13               | Rejestrator kompatybilny z systemem holterowskim posiadanym przez Zamawiającego – CARDIOSCAN 11   |                     |
| 14               | Automatyczna kalibracja   |                     |
| 15               | W komplecie: futerał, smycz, kabel 7 odprowadzeń  |                     |
| <b>Pozostałe</b> |   |                     |
| 16               | Urządzenie odporne na środki dezynfekcyjne stosowane w placówkach służby zdrowia oraz promienie UV  |                     |
| 17               | Gwarancja min. 24 m-ce  |                     |



|    |   |  |
|----|---|--|
| 18 | Sprzęt fabrycznie nowy  |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim   |  |
| 20 | Przeгляд okresowy z dokonany m wpisem w paszporcie urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta min. raz w roku (w czasie trwania gwarancji) |  |

....., dnia.....

.....  
*Podpisy i pieczętki imienne przedstawicieli Wykonawcy  
upoważnionych do jego reprezentowania*

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

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

**O Ś W I A D C Z E N I E  
W Y K O N A W C Y**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

***Dostawa sprzętu medycznego  
dla potrzeb „Kleszczowskiej Przychodni Salus” Sp. z o.o. w Kleszczowie***

prowadzonego przez „Kleszczowską Przychodnię Salus” Sp. z o.o. w Kleszczowie, oświadczam(y), że dysponuje(emy) kompletem dokumentów dopuszczających do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j.: Dz.U. 2021 poz. 1565) w zakresie oferowanego przedmiotu zamówienia oraz na każde żądanie Zamawiającego, przedstawię(my) poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie.

....., dnia.....

.....  
*Podpisy i pieczętki imienne przedstawicieli Wykonawcy  
upoważnionych do jego reprezentowania*

**WZÓR**  
**Umowa nr .....**

Zawarta w dniu ..... roku w Kleszczowie pomiędzy:

**Kleszczowską Przychodnią Salus Sp. z o.o., ul. Osiedlowa 2, 97-410 Kleszczów**

zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, pod nr KRS 0000653931, NIP: 769-222-65-62, REGON: 365869815

którą reprezentuje .....

zwaną dalej w Umowie „Zamawiającym”

a

.....  
zarejestrowaną w ....., pod nr KRS ....., NIP: ....., Regon: .....

którą reprezentuje .....

zwaną dalej w Umowie „Wykonawcą”.

W związku z przeprowadzonym przez Zamawiającego postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego – z wyłączeniem stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. 2022 poz. 1710) – na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy i wyborem oferty Wykonawcy, Strony zawierają Umowę o treści:

**§ 1**

Przedmiotem Umowy jest sprzedaż / dostarczenie sprzętu medycznego. Szczegółowy zakres przedmiotu zamówienia określają załączniki nr ... do Umowy (wg załącznika nr 2 i 3 do Zapytania ofertowego).

**§ 2**

1. Wykonawca w ramach wartości niniejszej Umowy zobowiązuje się do:

- 1) dostarczenia przedmiotu zamówienia do Kleszczowskiej Przychodni Salus Sp. z o.o., ul. Osiedlowa 2, 97-410 Kleszczów, po wcześniejszym uzgodnieniu z pracownikiem Zamawiającego;
- 2) zamontowania/zainstalowania/uruchomienia dostarczonego sprzętu na własny koszt i ryzyko, z uwzględnieniem wszelkich materiałów niezbędnych do jego uruchomienia, nie później niż w dniu dostawy;
- 3) przeprowadzenia szkolenia lub cyklu szkoleń personelu medycznego i technicznego Zamawiającego w zakresie eksploatacji przedmiotu zamówienia, nie później niż w dniu dostawy;
- 4) przeprowadzenia przeglądów technicznych w czasie trwania gwarancji, o ile takowe są przewidziane przez producenta;
- 5) respektowania wszystkich deklaracji zawartych w ofercie przedłożonej Zamawiającemu w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego;
- 6) realizacji i protokolarnego przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia, z uwzględnieniem numerów seryjnych oraz oznaczeń producenta poszczególnych urządzeń/wyrobów. Wykonawca dostarczy fakturę VAT najpóźniej w dniu dostawy.

2. Dostarczenie niekompletnego przedmiotu zamówienia i/lub niezgodnego z załącznikiem nr ... do Umowy (wg załącznika nr 3 do SWZ) jest podstawą do odmowy odbioru i wystawienia protokołu odmowy odbioru przedmiotu Umowy wraz ze wskazaniem wykazu niedostarczonego sprzętu, a w konsekwencji – po bezskutecznym upływie terminu, o którym mowa w § 5 ust. 2 Umowy, jest podstawą do rozwiązania Umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.

3. Wykonawca oświadcza, że dysponuje kompletem dokumentów dopuszczających do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j.: Dz.U. 2021 poz. 1565) w zakresie przedmiotu Umowy oraz na każde żądanie Zamawiającego przedstawi poświadczony za zgodność z oryginałem kserokopie.

**§ 3**

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć przedmiot zamówienia na swój koszt i ryzyko w terminie **do 3 tygodni od dnia podpisania Umowy, tj. do dnia .....**

2. Ogólna wartość brutto Umowy wynosi: ..... PLN (słownie: .....) i zawiera w sobie wszelkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, w tym m.in. koszty transportu, ubezpieczenia, koszty związane z udzieloną gwarancją.

**§ 4**

1. Zamawiający dopuszcza złożenie faktury VAT w formie:

- 1) papierowej lub
- 2) ustrukturyzowanego dokumentu elektronicznego, złożonego za pośrednictwem Platformy Elektronicznego Fakturowania, zwanej dalej PEF, zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (t.j. Dz.U. 2020 poz. 1666).

2. Zamawiający zobowiązuje się dokonać zapłaty należności za dostarczony przedmiot umowy, w terminie **14 dni:**

- 1) od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury do Zamawiającego lub

2) od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej ustrukturyzowanej faktury elektronicznej za pośrednictwem PEF.

Za moment zapłaty Strony uznają dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

3. Ustrukturyzowana faktura elektroniczna (w przypadku wyboru tej formy dokumentu) winna składać się z danych wymaganych przepisami ustawy o podatku od towarów i usług oraz min. danych zawierających:

- 1) informacje dotyczące odbiorcy płatności;
- 2) wskazanie umowy zamówienia publicznego.

4. Zamawiający informuje, że identyfikator PEPPOL/adresem PEF Zamawiającego, który pozwoli na złożenie ustrukturyzowanej faktury elektronicznej zostanie podany w późniejszym terminie.

5. W przypadku, gdy wskazany przez Wykonawcę rachunek bankowy, na który ma nastąpić zapłata wynagrodzenia, nie widnieje w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT, Zamawiającemu przysługuje prawo wstrzymania zapłaty wynagrodzenia do czasu uzyskania wpisu do tego rachunku bankowego do przedmiotowego wykazu lub wskazania nowego rachunku bankowego ujawnionego w ww. wykazie.

6. Okres do czasu uzyskania przez Wykonawcę wpisu rachunku bankowego do przedmiotowego wykazu lub wskazania nowego rachunku bankowego ujawnionego w ww. wykazie nie jest traktowany jako opóźnienie Zamawiającego w zapłacie należnego wynagrodzenia i w takim przypadku nie będą naliczane za ten okres odsetki za opóźnienie w wysokości odsetek ustawowych, jak i uznaje się, że wynagrodzenie nie jest jeszcze należne Wykonawcy w tym okresie.

7. W przypadku konieczności zastosowania mechanizmu podzielonej płatności – split payment, w przypadku, gdyby obowiązek zastosowania tego sposobu płatności wynikał z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, Wykonawca wyraża zgodę na tę formę płatności.

#### § 5

1. W przypadku niewykonania zamówienia w terminach określonych w § 3 ust. 1 oraz w § 6 ust. 3, Zamawiający może naliczyć karę umowną w wysokości 0,05% wartości brutto zamówienia za każdy rozpoczęty dzień zwłoki.

2. Zamawiający może rozwiązać Umowę z winy Wykonawcy bez wypowiedzenia, jeżeli Wykonawca nie wykona zamówienia w terminie 7 dni od dnia określonego w §3 ust. 1.

3. W przypadku rozwiązania Umowy, o którym mowa w ust. 2, Wykonawca zapłaci karę w wysokości 10% wartości brutto zamówienia.

4. Karę umowną Wykonawca wpłaci na rachunek bankowy Zamawiającego nr ....., po uprzednim pisemnym wezwaniu w postaci noty obciążeniowej zawierającej tytuł obciążenia, wysokość kary oraz termin zapłaty.

5. Zamawiający zastrzega sobie prawo potrącania kar umownych z wynagrodzenia należnego Wykonawcy na zasadach ogólnych.

6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych na zasadach ogólnych.

7. Łączna wysokość kar umownych, naliczonych przez Strony, nie może przekroczyć 30% wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy, o którym mowa w § 3 ust. 2.

#### § 6

1. Wykonawca udziela gwarancji na sprzęt będący przedmiotem Umowy na okres określony w załączniku nr .... do Umowy (wg załącznika nr 3 do Zapytania ofertowego).

2. Wykonawca zobowiązuje się do wymiany dostarczonego urządzenia/wyrobu lub w przypadku uzasadnionych przesłanek technicznych jego bloku (zespołu) funkcjonalnego na nowy, jeżeli zaistnieje konieczność wykonania w nim trzeciej naprawy gwarancyjnej.

3. Wykonawca zobowiązuje się przystąpić do napraw gwarancyjnych w ciągu 24 godz. od momentu zgłoszenia telefonicznego przez upoważnionych pracowników Zamawiającego – zgłoszenie potwierdzone faksem bądź e-mail'em.

4. W przypadku napraw gwarancyjnych wymagających czasu powyżej 10 dni roboczych, licząc od pierwszego dnia po upływie terminu, o którym mowa w ust. 3, Wykonawca zobowiązuje się do użyczenia w ramach wartości zamówienia urządzenia zastępczego tej samej bądź porównywalnej klasy.

#### § 7

1. Zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności i będą dopuszczalne w sytuacji:

- 1) zmiany obowiązujących przepisów prawa związanych z przedmiotowym zamówieniem, w zakresie w jakim wynika to z uchwalonej ich treści oraz daty wejścia w życie;
- 2) przekształcenia firmy,
- 3) wycofania przedmiotu zamówienia z produkcji z przyczyn nie zawinionych przez Wykonawcę. Wykonawca ma obowiązek zapewnić dostarczenie przedmiotu zamówienia zamiennego o parametrach nie gorszych od przedmiotu zamówienia objętego Umową pod warunkiem zachowania ceny jednostkowej netto na poziomie nie wyższym, niż cena określona w ofercie Wykonawcy.

2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszej Umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, zapisy Zapytania ofertowego oraz oferty Wykonawcy.

#### § 8

Wykonawca zobowiązuje się do niepodejmowania czynności prawnych mających na celu zmianę wierzyciela Zamawiającego (a w szczególności przelewu wierzytelności, przekazu), bez jego zgody, w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, z uwzględnieniem art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2022 poz. 633 ze zam.).

#### § 9

1. Przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji Umowy odbywa się zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s.1) i ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. 2019 poz. 1781).

2. Przetwarzanie danych obejmuje w szczególności dane osób uczestniczących w realizacji niniejszej Umowy oraz osób działających w imieniu jej Stron. Klauzula informacyjna stanowi załącznik nr .... do Umowy (wg załącznika nr 6 do Zapytania ofertowego). Wykonawca zobowiązuje się do przekazania kopii klauzuli informacyjnej każdej z tych osób, w tym ewentualnym Podwykonawcom i dalszym Podwykonawcom.

#### § 10

1. Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot Umowy siłami własnymi oraz przy udziale Podwykonawców zgodnie z zapisami zawartymi w ofercie:

1) siłami własnymi

– .....

2) siłami Podwykonawców

– .....

2. Wykonawca jest zobowiązany do dokonania starannego wyboru Podwykonawców spośród podmiotów mających odpowiednie doświadczenie i kwalifikacje. Zatrudnienie Podwykonawcy nie zwolni Wykonawcy z odpowiedzialności za zgodne z niniejszą Umową wykonanie przedmiotu Umowy powierzonego Podwykonawcy. Ponadto Wykonawca jest zobowiązany sprawować stały nadzór nad realizacją przedmiotu Umowy przez Podwykonawców, dalszych Podwykonawców ich przedstawicieli lub pracowników i ponosi taką odpowiedzialność za ich działania lub zaniechania jak za własne działania lub zaniechania.

3. Przedmiotem umowy o podwykonawstwo lub dalsze podwykonawstwo jest wyłącznie wykonanie, odpowiednio: dostaw lub usług, które ściśle odpowiadają częściom przedmiotu niniejszej Umowy, zawartej pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą.

4. Wykonawca na pisemne żądanie Zamawiającego ma obowiązek odsunąć od wykonywania przedmiotu Umowy wskazanego przez Zamawiającego Podwykonawcę, jeżeli Zamawiający uzna, że dany Podwykonawca narusza w sposób rażący swoje zobowiązania.

5. Wykonawca, Podwykonawca oraz dalszy Podwykonawca zapewni rozwiązanie umowy z danym Podwykonawcą lub dalszym Podwykonawcą na żądanie Zamawiającego, jeśli w ocenie Zamawiającego czynności lub zaniechania Podwykonawcy lub dalszego Podwykonawcy będą powodowały nienależyte wykonanie niniejszej Umowy przez Wykonawcę.

6. Wykonawca zawiadamia Zamawiającego o wszelkich zmianach danych, tj. zmiana nazwy, imion i nazwisk oraz danych kontaktowych Podwykonawców i osób do kontaktów z nimi zaangażowanych w realizację umów o podwykonawstwo.

#### § 11

W przypadku powstania sporu na tle niniejszej Umowy, właściwymi do rozpoznawania sporów będą sądy wg siedziby Zamawiającego.

#### § 12

Niniejszą Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

**ZAMAWIAJĄCY:**

**WYKONAWCA:**

**Klauzula informacyjna  
dot. przetwarzania danych osobowych**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Kleszczowska Przychodnia Salus Sp. z o.o., ul. Osiedlowa 2, 97-410 Kleszczów, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi Sąd Gospodarczy XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000653931, NIP 7692226562, REGON 365869815, zwana dalej: Administratorem
2. Inspektorem ochrony danych osobowych jest Piotr Rajski, z którym można się skontaktować:
  - 1) pod adresem: 97-410 Kleszczów, ul. Osiedlowa 2,
  - 2) pod adresem mailowym: iod@saluskleszczow.pl
  - 3) pod numerem telefonu: 510 277 855.
3. Administrator przetwarza dane osób uczestniczących w realizacji niniejszej umowy. Celem zbierania danych jest realizacja umowy nr .....
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w zakresie ochrony danych osobowych jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podawanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji umowy.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje uprawnione z mocy prawa lub upoważnione przez zainteresowanego.
7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
8. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny dla realizacji umowy oraz okres przewidziany przepisami prawa dla przedmiotu realizacji umowy.