# DANE WYKONAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa firmy:** |  |
| **Adres siedziby:** |  |
| **NIP/REGON:** |  |
| **Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia publicznego:** |  |
| **Numer telefonu osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia publicznego:** |  |
| **Adres e-mail osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia publicznego:** |  |

# INFORMACJA O DOFINANSOWANIU PROJEKTU ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ

Projekty realizowane są przy wsparciu finansowym Unii Europejskiej w ramach programu regionalnego:

**Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027**, współfinansowanego ze środków **Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego**, Priorytet: **FEMP.05 Fundusze europejskie wspierające infrastrukturę społeczną**, Działanie: **FEMP.05.11 Wsparcie Podstawowej Opieki Zdrowotnej / Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej / leczenia jednego dnia**.

Tytuły projektów:

* **„Wsparcie POZ w placówkach Centrum Medycznego 'Kol-Med' w celu optymalizacji piramidy świadczeń opieki zdrowotnej”**, nr projektu: **FEMP.05.11-IZ.00-0348/24**,
* **„Wsparcie AOS w placówkach Centrum Medycznego 'Kol-Med' w celu zwiększenia liczby, jakości i dostępności świadczeń ambulatoryjnych”**, nr projektu: **FEMP.05.11-IZ.00-0438/24**.

Projekty są współfinansowane z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Instytucją pośredniczącą jest **Zarząd Województwa Małopolskiego**.

# oświadczenie ZAMAWIAJĄCEGO o dostępności cyfrowej

Niniejszy dokument został przygotowany z zachowaniem zasad dostępności cyfrowej, zgodnie  
z wymogami standardu **WCAG 2.1 na poziomie AA**.

**Status dostępności:** Dokument jest **w pełni zgodny** z wymaganiami dostępności cyfrowej dla dokumentów elektronicznych określonymi w:

* ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 848, z późn. zm.),
* ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1696, z późn. zm.),
* decyzji wykonawczej Komisji (UE) 2018/1523 z dnia 11 października 2018 r.,
* ustawie z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 2019, z późn. zm.).

**Data sporządzenia oświadczenia:** 7 maja 2025 roku.

**Data ostatniego przeglądu dokumentu pod kątem dostępności:** 20 maja 2025 roku.

**Kontakt w sprawie dostępności dokumentu:**

W przypadku problemów z dostępnością cyfrową niniejszego dokumentu prosimy o kontakt  
z Panem Filipem Maligiem, e-mail: [malig@kolmed.tarnow.pl](mailto:malig@kolmed.tarnow.pl), numer telefonu: [+48 146 886 012](tel:+48146886012).

**Procedura skargowa:**

Jeżeli zgłoszenie nie zostanie obsłużone zgodnie z oczekiwaniami, można złożyć skargę do Rzecznika Praw Obywatelskich: <https://www.rpo.gov.pl>.

Oświadczenie sporządzono na podstawie samooceny przeprowadzonej przez pracownika Centrum Medycznego „KOL-MED” samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w Tarnowie, Pana Filipa Maliga oraz z wykorzystaniem wbudowanych funkcji sprawdzania dostępności w programie Microsoft Word.

# OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

**Działając w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu publicznym nr CM5/117/25/ZP, składam niniejszą ofertę w zakresie części nr 9:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego publicznego, na podstawie przesłanek określonych w ustawie  
   z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1605  
   z późn. zm.), pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (art. 233 § 1 Kodeksu karnego).
2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się w całości ze Specyfikacją Warunków Zamówienia publicznego (SWZ) oraz wszelkimi dokumentami postępowania, i że akceptuję ich treść bez zastrzeżeń, a moja oferta spełnia wszystkie wymogi określone w SWZ, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych (RODO), przekazaną przez Zamawiającego w związku z prowadzeniem postępowania, i przyjmuję ją do wiadomości.
4. Oświadczam, że oferta, którą przedkładam, jest kompletna, rzetelna oraz zgodna  
   z wymaganiami zamówienia publicznego i przepisami prawa, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.
5. Oświadczam, że oferta stanowi ofertę handlową w rozumieniu art. 66 § 1 Kodeksu cywilnego oraz pozostaje wiążąca przez okres wskazany w SWZ.
6. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia, zasoby techniczne, finansowe  
   i kadrowe niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia publicznego.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się - w przypadku wyboru mojej oferty - do zawarcia umowy na warunkach określonych w SWZ oraz przedstawionych w ofercie.
8. Oświadczam, że w stosunku do mnie, moich przedstawicieli ustawowych, pełnomocników ani członków organów zarządzających nie zachodzą przesłanki wykluczenia wskazane  
   w art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.
9. Oświadczam, że wobec mnie, moich przedstawicieli ustawowych, pełnomocników, członków organów zarządzających ani podmiotów, z którymi jestem powiązany kapitałowo lub osobowo, nie zostały nałożone sankcje przewidziane w rozporządzeniach Rady (UE)  
   nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. oraz nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie, a także w rozporządzeniu Rady (UE) nr 2022/263 z dnia 23 lutego 2022 r. w sprawie środków ograniczających w odpowiedzi na uznanie przez Rosję niekontrolowanych obszarów obwodów donieckiego i ługańskiego Ukrainy. Oświadczam ponadto, że nie jestem podmiotem ani osobą ujętą w wykazach sankcyjnych publikowanych przez Radę Unii Europejskiej oraz że nie uczestniczę w realizacji zamówienia w imieniu, na rzecz lub we współpracy z takim podmiotem.

# OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA DLA CZĘŚCI NR 9 ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO CM5/117/25/ZP

1. **Nazwa**

**Część nr 9 -** Diagnostyka ogólna

1. **Opis**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa urządzeń diagnostycznych przeznaczonych do podstawowego i specjalistycznego badania pacjentów w gabinetach lekarskich (ogólnych, dermatologicznych, reumatologicznych). Sprzęt musi być nowy, gotowy do użytkowania, posiadać wymagane certyfikaty medyczne (np. CE/MDR) oraz być dostarczony wraz  
z niezbędnym wyposażeniem standardowym, instrukcjami obsługi i gwarancją.

Wszystkie oferowane urządzenia medyczne muszą być wyrobami medycznymi w rozumieniu przepisów prawa, tj.:

* **rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia  
  5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych** (MDR) oraz uchylającego dyrektywy 93/42/EWG i 90/385/EWG,
* **ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych** (Dz.U. z 2022 r. poz. 974),
* oraz muszą być **wprowadzone do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami**.

Każde z urządzeń medycznych musi:

* posiadać oznakowanie CE potwierdzające zgodność z przepisami MDR,
* być zarejestrowane w odpowiednich rejestrach (np. EUDAMED, jeżeli obowiązek rejestracji dotyczy danego wyrobu),
* posiadać deklarację zgodności producenta,
* być objęte instrukcją użytkowania w języku polskim.

**Dopuszcza się, aby osprzęt i akcesoria, które zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie są klasyfikowane jako wyroby medyczne i nie podlegają obowiązkowi certyfikacji, były oferowane bez oznakowania CE oraz bez rejestracji jako wyrób medyczny**, pod warunkiem, że są one zgodne z przeznaczeniem urządzenia głównego  
i zapewniają jego prawidłowe oraz bezpieczne użytkowanie oraz nie podpadają pod inną dyrektywę unijną, np.: dyrektywę niskonapięciową (LVD), dyrektywę kompatybilności elektromagnetycznej (EMC) czy dyrektywę RoHS.

**Ponadto, wszystkie oferowane przez Wykonawcę urządzenia muszą być kompletne pod względem funkcjonalnym i w pełni gotowe do użytkowania zgodnie z ich przeznaczeniem, bez konieczności dokonywania jakichkolwiek dodatkowych zakupów. Oznacza to, że każde urządzenie musi być wyposażone we wszystkie niezbędne elementy umożliwiające jego uruchomienie, prawidłowe użytkowanie oraz ładowanie (w szczególności takie jak: zasilacze, przewody zasilające, akumulatory, baterie, ładowarki itp.).**

**Zakres zamówienia obejmuje m.in.:**

* **Oftalmoskop** **w ilości 5 sztuk** - ręczny oftalmoskop z oświetleniem LED, halogenowym lub ksenonowym umożliwiający badanie dna oka. Zasilany bateryjnie lub akumulatorowo. W zestawie pokrowiec lub futerał.
* **Otoskop** **w ilości 5 sztuk** - ręczny otoskop z oświetleniem LED, halogenowym lub ksenonowym z funkcją powiększenia, wyposażony w zestaw wzierników wielorazowych i/lub jednorazowych. Zasilanie bateryjne lub akumulatorowe.
* **Dermatoskop w ilości 1 sztuki** - dermatoskop ręczny do badania zmian skórnych,  
  z oświetleniem LED i powiększeniem minimum 10x, z możliwością pracy kontaktowej i bezkontaktowej. Powinien posiadać możliwość współpracy z aparatem fotograficznym lub smartfonem (adapter, jeżeli dostępny).
* **Aparat do mierzenia ciśnienia elektroniczny z zasilaczem i dwoma mankietami w ilości 13 sztuk** - automatyczny ciśnieniomierz naramienny z wyświetlaczem cyfrowym, pamięcią pomiarów, zasilaniem sieciowym (zasilacz) oraz zestawem dwóch mankietów w rozmiarze standardowym i XL.
* **Kapilaroskop w ilości 1 sztuk** - urządzenie do nieinwazyjnego badania mikronaczyń (kapilar) skóry i paznokci. Kamera z funkcją powiększenia (min. 200x), źródło światła LED, możliwość podłączenia do komputera, zapisu i analizy obrazu. Przeznaczony do zastosowań dermatologicznych i reumatologicznych.

**Wymagania ogólne:**

* Interfejs w języku polskim (jeśli dotyczy).
* Dokumentacja techniczna i użytkowa w języku polskim.
* Gwarancja minimum 24 miesiące.

1. **Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**
   * **33100000-1** - Urządzenia medyczne
   * **33120000-7** - Systemy rejestrujące i urządzenia badawcze
   * **33124130-5** - Wyroby diagnostyczne
   * **33190000-8** - Różne urządzenia i produkty medyczne
   * **33122000-1** - Sprzęt oftalmologiczny
   * **33123000-8** - Urządzenia do diagnostyki sercowo-naczyniowej
2. **Wykaz urządzeń wraz z określeniem ich ilości, które Zamawiający zamierza kupić**

| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Liczba sztuk** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Oftalmoskop | 5 |
| 2 | Otoskop | 5 |
| 3 | Dermatoskop | 1 |
| 4 | Aparat do mierzenia ciśnienia elektroniczny z zasilaczem i dwoma mankietami | 13 |
| 5 | Kapilaroskop | 1 |

1. **Termin dostawy urządzeń**

Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia urządzeń w terminie **do 2 miesięcy od dnia podpisania umowy**.

1. **Szacunkowa wartość zamówienia netto ustalona przez Zamawiającego**

Całkowita szacunkowa wartość netto, ustalona przez Zamawiającego dla Części 9 zamówienia publicznego nr CM5/117/25/ZP, wynosi: **19 379,63 zł netto**.

1. **Kryterium oceny pakietu - cena, doświadczenie i warunki gwarancji**

| **Lp.** | **Kryterium oceny** | **Waga [pkt.]** | **Opis sposobu oceny** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Cena brutto realizacji zamówienia publicznego** | **60 pkt.** | Najniższa cena otrzymuje 60 pkt.  Pozostałe oferty - proporcjonalnie według wzoru:  (Cmin / Cbad) × 60 pkt,  gdzie: Cmin - najniższa cena spośród ofert,  Cbad - cena badanej oferty. |
| 2 | **Doświadczenie wykonawcy** | **20 pkt.** | Punkty przyznawane za liczbę zrealizowanych zamówień o podobnym zakresie w ciągu ostatnich 3 lat.   * 5 i więcej wdrożeń - 20 pkt * 3-4 wdrożenia - 15 pkt * 1-2 wdrożenia - 5 pkt * brak - 0 pkt |
| 3 | **Warunki gwarancji i rękojmi** | **20 pkt.** | Ocenie podlega łączny okres gwarancji i rękojmi wyrażony w miesiącach:   * 48 miesięcy lub więcej - 20 pkt * 36-47 miesięcy - 15 pkt * 25-35 miesięcy - 10 pkt * poniżej 25 miesięcy - 0 pkt |

1. **Tabela zgodności**

Tabela zgodności powinna zostać wypełniona przez Oferenta w celu wykazania zgodności oferowanych urządzeń z minimalnymi wymaganiami określonymi przez Zamawiającego.

Oferent zobowiązany jest do:

* uzupełnienia kolumny **„Zgodność”** poprzez jednoznaczne wskazanie:
  + **„TAK”** - gdy oferowany parametr jest zgodny z wymaganiem,
  + **„NIE”** - gdy nie jest zgodny,
  + **„DOPUSZCZONY”** - gdy parametr różni się od wymaganego, ale został zaakceptowany przez Zamawiającego.
* W przypadku zaznaczenia opcji **„DOPUSZCZONY”**, Oferent jest zobowiązany do uzupełnienia kolumny **„Wskazanie podstawy dopuszczenia parametrów przez Zamawiającego”**, wskazując podstawę dopuszczenia (np. zgoda Zamawiającego wyrażona  
  w odpowiedzi na pytanie opublikowane w ramach postępowania na platformie  
  e-Zamówienia).

**Brak uzupełnienia tabeli zgodnie z powyższymi zasadami może skutkować odrzuceniem oferty jako niezgodnej z wymaganiami Zamawiającego.**

# WYKAZ ZGODNOŚCI OFEROWANYCH PARAMETRÓW Z WYMAGANIAMI OKREŚLONYMI PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO

1. **Nazwa urządzenia:** Oftalmoskop

**Lokalizacja dostawy:** Specjalistyczna Przychodnia Lekarska w Tarnowie, Plac Dworcowy 6, 33-100 Tarnów

**Liczba sztuk:** 5

| **Lp.** | **Parametr** | **Minimalna wartość parametru dopuszczona przez Zamawiającego** | **Zgodność (TAK / NIE / DOPUSZCZONY)** | **Uwagi / Wskazanie podstawy dopuszczenia parametrów przez Zamawiającego** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 2 | Model | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 3 | Stan techniczny i rok produkcji urządzenia | Oferowany przedmiot zamówienia musi być fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 roku, wolny od wad fizycznych i prawnych, nieużywany, nieodnawiany, niefabrykowany, niepowystawowy oraz niepochodzący z ekspozycji lub zwrotu. Oferowany przedmiot zamówienia nie może nosić śladów wcześniejszego użytkowania, napraw ani modyfikacji. |  |  |
| 4 | Żarówka | LED, halogenowa lub ksenonowa o temperaturze (5500 K / 11 500 lx). |  |  |
| 5 | Tarcza do ustawiania dioptrii | Zapewnia min. 18 ustawień ostrości (+/- 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 15, 20). |  |  |
| 6 | Filtry | Filtr bezczerwienny zielony do precyzyjnej oceny zmian naczyniowych np. krwotok siatkówki.  Filtr niebieski do lepszego rozpoznania zmian naczyniowych oraz do okulistyki fluorescencyjnej. |  |  |
| 7 | Szkła | Wysokiej jakości asferyczne szkła korekcyjne. |  |  |
| 8 | Wiązka podświetlenia i obserwacji | Równoległa. |  |  |
| 9 | Pozostałe | Koło do wyboru jednej z sześciu przesłon.  Klips pozwalający na przypięcie w kieszeni fartucha.  Etui w zestawie. |  |  |
| 10 | Zasilanie | Bateryjne lub akumulatorowe AA lub AAA. |  |  |

1. **Nazwa urządzenia:** Otoskop

**Lokalizacja dostawy:** Specjalistyczna Przychodnia Lekarska w Tarnowie, Plac Dworcowy 6, 33-100 Tarnów

**Liczba sztuk:** 5

| **Lp.** | **Parametr** | **Minimalna wartość parametru dopuszczona przez Zamawiającego** | **Zgodność (TAK / NIE / DOPUSZCZONY)** | **Uwagi / Wskazanie podstawy dopuszczenia parametrów przez Zamawiającego** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 2 | Model | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 3 | Stan techniczny i rok produkcji urządzenia | Oferowany przedmiot zamówienia musi być fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 roku, wolny od wad fizycznych i prawnych, nieużywany, nieodnawiany, niefabrykowany, niepowystawowy oraz niepochodzący z ekspozycji lub zwrotu. Oferowany przedmiot zamówienia nie może nosić śladów wcześniejszego użytkowania, napraw ani modyfikacji. |  |  |
| 4 | Rodzaj | Światłowodowy otoskop z oświetleniem LED, halogenowym lub ksenonowym. Laryngologiczny, do ucha. |  |  |
| 5 | Żarówka | LED, halogenowa lub ksenonowa o temperaturze (5500 K / 11 500 lx). |  |  |
| 6 | Lupa | Obrotowa zapewniająca minimum 3-krotne powiększenie. |  |  |
| 7 | Wiązka podświetlenia i obserwacji | Równomierne oświetlenie badanego pola białym światłem (5500 K / 11 500 lx). |  |  |
| 8 | Pozostałe | Etui ochronne w komplecie. Uchwyt z klipsem.  Możliwość wykonania testu pneumatycznego.  Zestaw zawiera wzierniki uszne wielokrotnego  użytku minimum (5 sztuk o średnicy 2,5 mm  i 5 sztuk o średnicy 4 mm).  Stała jakość strumienia świetlnego przez cały okres użytkowania. |  |  |
| 9 | Zasilanie | Bateryjne lub akumulatorowe AA lub AAA. |  |  |

1. **Nazwa urządzenia:** Dermatoskop

**Lokalizacja dostawy:** Specjalistyczna Przychodnia Lekarska w Tarnowie, Plac Dworcowy 6, 33-100 Tarnów

**Liczba sztuk:** 1

| **Lp.** | **Parametr** | **Minimalna wartość parametru dopuszczona przez Zamawiającego** | **Zgodność (TAK / NIE / DOPUSZCZONY)** | **Uwagi / Wskazanie podstawy dopuszczenia parametrów przez Zamawiającego** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 2 | Model | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 3 | Stan techniczny i rok produkcji urządzenia | Oferowany przedmiot zamówienia musi być fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 roku, wolny od wad fizycznych i prawnych, nieużywany, nieodnawiany, niefabrykowany, niepowystawowy oraz niepochodzący z ekspozycji lub zwrotu. Oferowany przedmiot zamówienia nie może nosić śladów wcześniejszego użytkowania, napraw ani modyfikacji. |  |  |
| 4 | Głowica | Głowica dermatoskopu z płytką kontaktową ze skalą w mm. |  |  |
| 5 | Oświetlenie | Diodowe (CRI>80, 5.000 K), 4 diody LED HQ, 2 diody do oświetlania spolaryzowanego  i 2 diody do oświetlania niespolaryzowanego. |  |  |
| 6 | Okular | Z indywidualną regulacją ostrości, możliwa korekcja w zakresie -6 / +6 D. |  |  |
| 7 | Rękojeść | Metalowa |  |  |
| 8 | Powiększenie | Minimum od 10x do 16x. |  |  |
| 9 | Pozostałe | Etui twarde. |  |  |
| 10 | Zasilanie | Akumulatorowe. |  |  |

1. **Nazwa urządzenia:** Aparat do mierzenia ciśnienia elektroniczny z zasilaczem i dwoma mankietami

**Lokalizacja dostawy:** Specjalistyczna Przychodnia Lekarska w Tarnowie, Plac Dworcowy 6, 33-100 Tarnów

**Liczba sztuk:** 13

| **Lp.** | **Parametr** | **Minimalna wartość parametru dopuszczona przez Zamawiającego** | **Zgodność (TAK / NIE / DOPUSZCZONY)** | **Uwagi / Wskazanie podstawy dopuszczenia parametrów przez Zamawiającego** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 2 | Model | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 3 | Stan techniczny i rok produkcji urządzenia | Oferowany przedmiot zamówienia musi być fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 roku, wolny od wad fizycznych i prawnych, nieużywany, nieodnawiany, niefabrykowany, niepowystawowy oraz niepochodzący z ekspozycji lub zwrotu. Oferowany przedmiot zamówienia nie może nosić śladów wcześniejszego użytkowania, napraw ani modyfikacji. |  |  |
| 4 | Rodzaj | Elektroniczny, naramienny. |  |  |
| 5 | Rozmiary mankietów | Standardowy (S-M) oraz dla otyłych (L-XL). |  |  |
| 6 | Pozostałe | Wyświetlacz LCD.  Pamięć pomiarów.  Pomiar pulsu.  Zapamiętywanie daty i czasu pomiaru.  Automatyczne pompowanie.  Wykrywanie arytmii. |  |  |
| 7 | Zasilanie | Sieciowe i bateryjne lub akumulatorowe. |  |  |

1. **Nazwa urządzenia:** Kapilaroskop

**Lokalizacja dostawy:** Specjalistyczna Przychodnia Lekarska w Tarnowie, Plac Dworcowy 6, 33-100 Tarnów

**Liczba sztuk:** 1

| **Lp.** | **Parametr** | **Minimalna wartość parametru dopuszczona przez Zamawiającego** | **Zgodność (TAK / NIE / DOPUSZCZONY)** | **Uwagi / Wskazanie podstawy dopuszczenia parametrów przez Zamawiającego** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Producent | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 2 | Model | Proszę podać w polu uwagi. |  |  |
| 3 | Stan techniczny i rok produkcji urządzenia | Oferowany przedmiot zamówienia musi być fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 roku, wolny od wad fizycznych i prawnych, nieużywany, nieodnawiany, niefabrykowany, niepowystawowy oraz niepochodzący z ekspozycji lub zwrotu. Oferowany przedmiot zamówienia nie może nosić śladów wcześniejszego użytkowania, napraw ani modyfikacji. |  |  |
| 4 | Rodzaj | Bezprzewodowy. |  |  |
| 5 | Powiększenie | Minimum 200x. |  |  |
| 6 | Zasilanie | Wbudowany akumulator. |  |  |
| 7 | Czas pracy na akumulatorze | Minimum 2,5 godziny. |  |  |
| 8 | Liczba diod LED | Minimum 8. |  |  |
| 9 | Filtry | Filtr podczerwieni.  Filtr odcinający IR >650 nm. |  |  |
| 10 | Szkło | Z powłoką antyrefleksyjną. |  |  |
| 11 | Rozdzielczość | Minimum 1,3 megapiksela. |  |  |
| 12 | Pozostałe | Ładowarka oraz kabel USB w zestawie  o długości nie mniejszej niż 1,5 m.  Możliwość pracy podczas ładowania.  Wbudowany, przełączany polaryzator. |  |  |
| 13 | Oprogramowanie | Kompatybilne z systemem operacyjnym Windows 11 Pro.  Dożywotnia licencja oraz aktualizacje. |  |  |

# Wykaz zrealizowanych dostaw przez Oferenta

1. **Wykaz zrealizowanych dostaw przez oferenta**

| **Lp.** | **Przedmiot dostawy** | **Odbiorca (nazwa i adres)** | **Data wykonania (od - do)** | **Wartość brutto (PLN)** | **Zakres wykonanych czynności** | **Dokument potwierdzający należyte wykonanie** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

Na potwierdzenie należytego wykonania zrealizowanych dostaw przez Oferenta dopuszcza się przedłożenie faktury wystawionej przez Oferenta oraz dokumentu potwierdzającego dokonanie zapłaty przez Zamawiającego (np. potwierdzenia przelewu, wyciągu bankowego lub innego równoważnego dokumentu) pod warunkiem, że wartość dostarczonego(ych) urządzenia(ń) rodzajowo tożsamego(ych) z przedmiotem niniejszego zamówienia, wynikająca z przedłożonej przez Oferenta faktury, wyniosła nie mniej niż 5 000,00 zł brutto.

1. **Oferowana wartość realizacji zamówienia publicznego**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe oferuję realizację zamówienia publicznego  
nr **CM5/117/25/ZP** dla części nr **9** za całkowitą kwotę:

**………… zł netto, ………… zł brutto**.

Ponadto udzielam gwarancji / rękojmi na wszystkie zakupione urządzenia na okres **………… miesięcy**.

1. **Wykaz załączników wymaganych i dodatkowych scalonych z ofertą**

* Skan(y) dokumentu(ów) potwierdzającego(ych) należyte wykonanie zamówień - jako środki dowodowe.
* Certyfikat(y) i/lub norma(y) - jako środki dowodowe.

1. **Sposób podpisania i złożenia oferty**

* Wykonawca składając ofertę, zobowiązany jest do podpisania wszystkich dokumentów wchodzących w skład oferty kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.) oraz ustawy  
  z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej  
  (Dz.U.z 2023 r. poz. 1975 z późn. zm.).
* Dokumenty składające się na ofertę, w tym formularz ofertowy, wykazy, oświadczenia, referencje, pełnomocnictwa oraz inne wymagane załączniki, powinny zostać zapisane  
  w formacie PDF, a następnie połączone w jeden plik obejmujący całą ofertę.
* Oferta wraz ze wszystkimi załącznikami musi zostać scalona w jeden plik PDF oraz odpowiednio podpisana przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy.
* W przypadku złożenia pliku niescalonego, niepodpisanego lub podpisanego w sposób niezgodny z wymaganiami, Zamawiający zastrzega sobie prawo do odrzucenia takiej oferty na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 6 ustawy Prawo zamówień publicznych.
* Plik PDF zawierający ofertę i załączniki powinien być nazwany zgodnie ze schematem: „Oferta\_CzescX\_[nazwa\_wykonawcy].pdf”, gdzie „X” oznacza numer części zamówienia, na którą składana jest oferta, a „[nazwa\_wykonawcy]” to skrócona nazwa Wykonawcy.

1. **Sposób podpisania i złożenia oferty**
2. **Oferta\_CzescX\_[nazwa\_wykonawcy].pdf** **- co to oznacza?**

* **„Oferta”** - początek nazwy pliku, wskazujący na zawartość (oferta przetargowa).
* **„CzescX”** - numer części zamówienia, na którą składana jest oferta (np. Czesc1, Czesc2 itd.).
* **„[nazwa\_wykonawcy]”** - skrócona nazwa firmy wykonawcy, wpisana bez znaków specjalnych  
  (np. bez polskich znaków, spacji, kropek, znaków „&” itp.).
* **„.pdf”** - rozszerzenie pliku, wskazujące format (Portable Document Format).

**Przykład:**

*Oferta\_Czesc9\_ABC\_Sp\_z\_o\_o.pdf*

1. **Wymogi nazewnictwa plików w systemach operacyjnych**

Żeby plik działał prawidłowo w każdym systemie operacyjnym (Windows, macOS, Linux, systemy zamawiających), trzeba pamiętać:

**Co jest dozwolone i bezpieczne:**

* **litery (A-Z, a-z),**
* **cyfry (0-9),**
* **znak podkreślenia \_,**

**Uwaga**:

***Nie wolno*** używać:

* polskich znaków (ą, ć, ł, ń, ó, ś, ź, ż),
* spacji ( ),
* znaków specjalnych (/, , :, \*, ?, ", <, >, |, &, %, $, itp.),
* kropek w nazwie pliku (oprócz tej jednej przed „pdf”).

System Windows, a także platformy wykorzystywane przez Zamawiającego, **mogą odrzucić** lub źle odczytać pliki z błędami w nazwie!

1. **Jak zamienić nazwę wykonawcy?**

Jeżeli firma nazywa się np. „Zakład Usług Komunalnych Sp. z o.o.” to nazwa pliku powinna być uproszczona, np.:

*Oferta\_Czesc9\_ZUK\_Sp\_z\_o\_o.pdf*

lub w jeszcze bardziej czytelnej formie:

*Oferta\_Czesc9\_ZUK.pdf*

*Nie wpisuj „Sp. z o.o.” pełnymi polskimi znakami, żeby uniknąć błędów.*