

**Szpital Choźb Pluc im. Św. Jzefa w Pilchowicach**

ul. Dworcowa 31  
44-145 Pilchowice  
telefon: 32 331-99-01  
faks: 331-99-08  
e-mail: szpital@szpital-pilchowice.pl

Pilchowice, 2019-05-29

Znak sprawy: 13/ZP/2019

«@p\_zap#nazwa»  
«@p\_zap#ulica»«@p\_zap#dom»«@p\_zap#lokal»  
«@p\_zap#kod»«@p\_zap#miasto»

## Zaproszenie do składania ofert

Zapraszamy Państwa Firmę do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na:

### Zakup spirometru przenośnego dla szpitala w Pilchowicach

#### I. Opis przedmiotu zamówienia

Spirometr przenośny umożliwiający wykonywanie badań diagnostycznych układu oddechowego nadający się do każdej placówki służby zdrowia jak również jako urządzenie wykorzystywane podczas wizyt domowych

Aparat powinien posiadać możliwość przeglądu badań z bazy na ekranie aparatu.

Możliwość wykonywania badań

pojemności życiowej: VC, IC, ERV, TV, MV, FR,

natężonej pojemności życiowej wdechowej i wydechowej: FVC, FEV1, FEV6, FEV1%FVC, PEF, MEF25, MEF50, MEF75, MMEF, PIF, FET, tPEF, VExt, FIVC, FIVC1, MIF50, maksymalnej wetylacji dowolnej MVV.

Aparat powinien posiadać :

prezentację krzywych na ekranie urządzenia lub/i on-line (odpowiednio zaznaczyć),

Automatyczną korekcję BTPS,

Wbudowane czujniki : temperatury, ciśnienia, wilgotności do korekcji BTPS,

pomiar ciśnienia w głowicy pneumatometrycznej,

kolorowy wyświetlacz,

klawiaturę alfanumeryczną i funkcyjną,

wbudowaną drukarkę,

wbudowany akumulator/bateria podtrzymująca pracę urządzenia (podać liczbę godzin pracy urządzenia na akumulatorze/baterii),

Gwarancja: 24 miesiące karta gwarancyjna dostarczona wraz fakturą VAT,

**W ofercie należy wykazać cenę sprzętu potrzebnego na wykonanie 100 badań (np. ustniki, papier, filtry, koszt kalibracji) oraz cenę i częstotliwość przeglądów technicznych.**

#### II. Warunki udziału w zapytaniu ofertowym

Zamawiający nie stawia warunków szczegółowej

### III. Przygotowanie oferty

Ofertę należy:

- a) złożyć w formie pisemnej (osobiście, pisemnie – listem, faxem, mailem) na Formularzu Oferty w siedzibie Zamawiającego, pokój nr: sekretariat Szpitala w Pilchowicach do dnia 2019-06-12 do godz. 10:00.
- b) opakować w jednej kopercie zaadresowanej na Zamawiającego i opatrzonej napisem: „Zapytanie ofertowe na . Zakup spirometru przenośnego dla szpitala w Pilchowicach. Znak sprawy: 13/ZP/2019”

### IV. Kontakt z wykonawcą

Osobami upoważnionymi do kontaktu z Wykonawcami są:

- 1 Danuta Markłowska - Z-ca Dyrektora ds pielęgniarstwa tel. (32) 331 99 85 e-mail szpital@szpital-pilchowice.pl

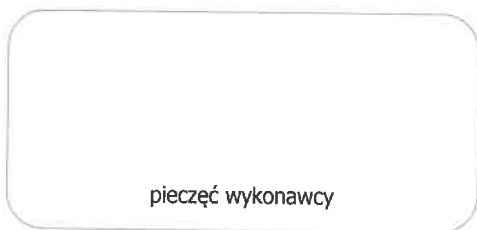
2 up nr 2/2019

Z-CA DYREKTORA  
ds. PIELĘGNIARSTWA

mgr piel. Danuta Markłowska

## FORMULARZ OFERTY

na dostawę o wartości netto **poniżej 30 000 euro.**



**Szpital Chorób Płuc im Św. Józefa w Pilchowicach**  
ul. Dworcowa 31  
44-145 Pilchowice

Nawiązując do otrzymanego zaproszenia do składania ofert, w postępowaniu prowadzonym w trybie **Zapytania ofertowego na: "Zakup spirometru przenośnego dla szpitala w Pilchowicach"** – znak sprawy: **13/ZP/2019**

my niżej podpisani:

działając w imieniu i na rzecz:

### Nazwa i adres Wykonawcy<sup>1</sup>

Nazwa Wykonawcy	
Adres Wykonawcy	
NIP (jeżeli dotyczy)	
REGON (jeżeli dotyczy)	
Wykonawca jest małym / średnim przedsiębiorcą?	Tak / Nie *

\*) niepotrzebne skreślić

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia, stosując niżej wymienione stawki:

cena netto: \_\_\_\_\_ zł.

słownie netto: \_\_\_\_\_ zł.

cena brutto: \_\_\_\_\_ zł.

słownie brutto: \_\_\_\_\_ zł.

podatek VAT: \_\_\_\_\_ zł.

słownie podatek VAT: \_\_\_\_\_ zł.

<sup>1</sup> w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie, należy podać nazwy (firmy) i adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę.

Przy ocenie oferty do ceny spirometru zaoferowanej przez Wykonawcę Zamawiający doliczy koszty eksploatacyjne wymienione w załączniku do oferty.

2. **DEKLARUJEMY** ponadto:

- a. termin wykonania zamówienia: 30 dni od daty udzielenia zamówienia,
- b. warunki płatności : 60 dni.,
- c. okres gwarancji 24 miesiące.,

3. **OŚWIADCZAMY**, że:

- a. zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń,
- b. uważamy się za związanych niniejszą ofertą do 2019-07-11,
- c. wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>2</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>3</sup>.

4. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon, Fax	
Adres e-mail	

5. **OFERTE** składamy na \_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

<sup>2</sup> 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

<sup>3</sup> w przypadku 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 (np. przez jego wykreślenie/usunięcie z treści oferty).

Załącznik do rozeznania cenowego nr spr 13/ZP/2019

**Wyczenia kosztów eksploatacji**

Lp.	Nazwa	Ilość/ częstotliwość	cena jednostkowa	Koszt na 100 badań
1	Ustniki			
2	Papier do drukarki			
3	Filtry			
4	Koszty kalibracji			
5	Inne (wymienić)			
	Razem			