



(pieczęć Wykonawcy)

# OFERTA

**Nazwa (firma) Wykonawcy:**

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

**Adres Wykonawcy:**

.....  
.....  
telefon: ..... faks: .....

Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego:

*Miejski Zespół Przychodni Rejonowych  
w Zgierzu  
ul. Łęczycka 24a , 95-100 Zgierz*

**Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w postępowaniu  
o udzielenie zamówienia publicznego**

w trybie ..... *przetargu nieograniczonego* .....

na ..... *dostawę* .....  
(roboty budowlane, usługi, dostawy)

**którego przedmiotem jest:**

.....  
*Dostawa i montaż trzech sztuk nowych  
zestawów stomatologicznych: unitów stomatologicznych  
z fotelami stomatologicznymi dla Miejskiego  
Zespołu Przychodni Rejonowych w Zgierzu,  
ul. Łęczycka 24a*

- oferujemy wykonanie zamówienia będącego przedmiotem ww. zaproszenia oświadczając, że:

1. Wykonamy zamówienie

za cenę (łącznie z należnym ..... 7 % VAT \*\*): ..... zł,  
słownie złotych: .....

w której:

cena bez należnego VAT wynosi: ..... 2 zł,  
słownie złotych: .....

a należny, ..... % VAT \*\* wynosi: ..... 2 zł,  
słownie złotych: .....

\*\* UWAGA: W PRZYPADKU ZWOLNIENIA Z VAT NALEŻY WPISAĆ: „ZWOLNIONY”

- zgodnie ze sporządzonym formularzem cenowym nr .....

- zgodnie z kosztorysem ofertowym .....

Oferowana cena ma formę ceny ryczałtowej,

niezmiennej do końca wykonania zamówienia, chociażby w czasie zawarcia umowy nie można było przewidzieć rozmiaru lub kosztów prac.

Oferowane ceny jednostkowe mają formę cen jednostkowych stałych, niezmiennych do końca wykonania zamówienia.

2. Wykonamy zamówienie

w terminie / okresie\*: .....

3. Udzielamy

gwarancji na okres ..... lat / -miesiący \*, licząc od daty odbioru końcowego \*.

4. Przyjmujemy warunki płatności

określone w § ..... 4 ..... wzoru umowy / ~~ogólnych warunków umowy,\*~~  
w szczególności:

Podpis Wykonawcy .....

5. **Wadium** w kwocie: ..... **NIE DOTYCZY** zł  
zostało / zostanie \* wniesione \* w formie .....

Wskazujemy adres lub nr konta, na które należy zwrócić wadium:

\* UWAGA - NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ !

6. **W przypadku wyboru naszej oferty, przed podpisaniem umowy, wniesiemy zabezpieczenie należytego wykonania umowy:** **NIE DOTYCZY**

- w wysokości ..... %  ceny całkowitej podanej w ofercie

maksymalnej wartości nominalnej zobowiązania zamawiającego wynikającego z umowy (w przypadku cen jednostkowych);

- w formie i na zasadach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

7.  \* **Zamówienie wykonamy w całości sami.**

\* **Podwykonawcom powierzmy wykonanie następującej części zamówienia:**

L.p.	WSKAZANIE CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓREJ WYKONANIE WYKONAWCA POWIERZY PODWYKONAWCOM:

\* W przypadku ustalenia dokonanego przez Wykonawcę – należy zaznaczyć „X” właściwe pole „”.

8. **Pozostajemy związani niniejszą ofertą przez czas określony w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.**

9. ....  
.....  
.....  
.....

10. **Przyjmujemy wszystkie pozostałe (nie podane w niniejszej ofercie) warunki zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, w szczególności warunki zawarte we wzorze umowy/ w ogólnych warunkach umowy\*.**

11. **Zobowiązujemy się - w przypadku wyboru naszej oferty - do zawarcia umowy na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz w niniejszej ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.**

Podpis Wykonawcy .....

12. Strony oferty zawierające informacje - wraz ze stronami załączników, zawierającymi informacje - zostały ponumerowane od nr 1 do nr 4 (niniejszy druk WZP-2) i dalej od nr 5 do nr .....

13. W załączeniu przekazujemy:

1)	.....
2)	.....
3)	.....
4)	.....
5)	.....
6)	.....
7)	.....
8)	.....
9)	.....
10)	.....
11)	.....
12)	.....
13)	.....
14)	.....
15)	.....
16)	.....
17)	.....
18)	.....
19)	.....
20)	.....

**OZNACZENIA:**

\* - niepotrzebne skreślić

- dotyczy niniejszej oferty;  - nie dotyczy niniejszej oferty;

**Podpisano:**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć Wykonawcy)

**P R Z Y P O M N I E N I E**

*Szanowni Państwo, przed złożeniem oferty - proszę sprawdzić raz jeszcze:*

1. CZY ZAŁĄCZONE ZOSTAŁY **WSZYSTKIE WYMAGANE DOKUMENTY** ?
2. CZY ZAŁĄCZONE DOKUMENTY POTWIERDZAJĄ SPEŁNIENIE **WSZYSTKICH WYMAGAŃ MERYTORYCZNYCH** ?
3. CZY DOKUMENTY SPEŁNIAJĄ **WSZYSTKIE WYMAGANIA FORMALNE**, w szczególności :
  - CZY OFERTA I WSZYSTKIE ZAŁĄCZNIKI **PODPISANE SĄ PRZEZ OSOBĘ UPRAWNIONĄ,**  
**NA KAŻDEJ STRONIE ZAWIERAJĄCEJ INFORMACJE ?**
  - CZY KSEROKOPIE **POTWIERDZONE SĄ PRZEZ WYKONAWCĘ, ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM,**  
**NA KAŻDEJ STRONIE ZAWIERAJĄCEJ INFORMACJE ?**
  - CZY DOKUMENTY SĄ **AKTUALNE ?**
  - CZY DOKUMENTY SĄ WYSTAWIONE W **WYMAGANYM TERMINIE ?**

## SZCZEGÓŁOWE PARAMETRY TECHNICZNE UNITU STOMATOLOGICZNEGO I FOTEŁA STOMATOLOGICZNEGO

Pełna nazwa urządzenia:(podać).....

Producent (podać).....

Rok produkcji (podać).....

Lp	Wymagana szczegółowa specyfikacja techniczna i opis parametru	Wymagane wartości graniczne	Oferowane wartości, parametry, dane techniczne, opisy, (wypełnia wykonawca)	Parametry oceny	Skala punktowa
<b>PARAMETRY TECHNICZNE - wartość kryterium: 20%</b>					
<b>I. Funkcje i parametry ogólne</b>					
1	Unit stomatologiczny elektryczny	TAK		bez oceny	
2	Unit zawieszony na fotelu – blok spluwaczki, pulpit, lampa oświetleniowa poruszające się razem z fotelem	TAK		bez oceny	
3	Stolik lekarza z 4 rękawami „od góry” - wysięgniki gładkie bez elementów sprężynowych, łatwe w utrzymaniu czystości	TAK		bez oceny	
	- ramię stolika z blokadą mechaniczną	TAK		bez oceny	
	- podkładka pod narzędzia jednolita, demontowana do mycia	TAK		bez oceny	
	- indywidualna regulacja sprayu na każdy rękaw oprócz dmuchawki, łatwo dostępna dla lekarza	TAK		bez oceny	
	- system zapobiegający cofaniu się wody z końcówek	TAK		bez oceny	
	- system informujący o stopniu obciążenia mikrosiłnika	TAK		bez oceny	

Lp	Wymagana szczegółowa specyfikacja techniczna i opis parametru	Wymagane wartości graniczne	Oferowane wartości, parametry, dane techniczne, opisy, (wypełnia wykonawca)	Parametry oceny	Skala punktowa
	- przedmuch narzędzi obrotowych uruchamiany ze sterownika nożnego	TAK		bez oceny	
	- pamięć ustawień dla poszczególnych końcówek nawet po włączeniu unitu	TAK		bez oceny	
4	<b>Wyposażenie stolika lekarza:</b>				
	- mikrosilnik elektryczny bez światła, z regulacją obrotów w zakresie od min 80 obr/min do 40.000 obr /min, obudowa zdejmowana do sterylizacji w autoklawie	opcja		maksymalizacja	0-1
	- kątnica na mikrosilnik przełożenie 1:1 bez światła, z chłodzeniem wewnętrznym, wymiana wiertła przyciskiem,	TAK		bez oceny	
	- kątnica turbinowa bez światła, wymiana wiertła przyciskiem	TAK		bez oceny	
	- skaler piezoelektryczny z min 3 nożkami	TAK		bez oceny	
	- lampa polimeryzacyjna diodowa- montowana na rękaw skalera	TAK		bez oceny	
	- strzykawko – dmuchawka 3-funkcyjna /woda,spray,powietrze/	TAK		bez oceny	
5.	<b>Blok spluwaczki ruchomy :</b>				
	- szkielet bloku spluwaczki wykonany ze stali nierdzewnej odpornej na korozję	TAK		bez oceny	
	- misa spluwaczki porcelanowa	TAK		bez oceny	
	- wewnętrzny obieg wody destylowanej zasilający końcówki	TAK		bez oceny	
	- punkt napełniania kubka ciepłą i zimną wodą – czas napełniania programowany z panelu na stoliku punkt lekarza	opcja		maksymalizacja	0-1

Lp	Wymagana szczegółowa specyfikacja techniczna i opis parametru	Wymagane wartości graniczne	Oferowane wartości, parametry, dane techniczne, opisy, (wypełnia wykonawca)	Parametry oceny	Skala punktowa
	- omywanie misy spluwaczki uruchamiane z panelu na stoliku punkt lekarza -programowany czas wpływu wody	TAK		bez oceny	
	- ślinociąg wodny	TAK		bez oceny	
	- możliwość zainstalowania w przyszłości ssaka chirurgiczn.	opcja		maksymalizacja	0-1
6.	<b>Lampa oświetleniowa:</b>				
	- halogenowa, bezcieniowa	TAK		bez oceny	
	- włączanie i wyłączanie lampy oraz płynna regulacja natężenia światła ze stolika lekarza/max natężenie = lub >25 tys lux/	TAK		bez oceny	
7.	<b>Sterownik nożny</b> dwuklawiszowy – uruchamianie pracy końcówek przedmuch narzędzi obrotowych	TAK		bez oceny	
8.	<b>Kompresor</b> bezolejowy, wyciszony obudową	TAK		bez oceny	
	- bezolejowy	TAK		bez oceny	
	- wyciszony obudową	TAK		bez oceny	
	- wydajność min 70l/min.	TAK		bez oceny	
	- zbiornik min 25l	TAK		bez oceny	
9.	<b>Fotel stomatologiczny elektryczny</b>				
	- min 4 pamięci dowolnych pozycji pracy	opcja		maksymalizacja	0-2
	- automatyczna pozycja Trendelenburga	TAK		bez oceny	
	- automatyczna pozycja „0”	opcja		maksymalizacja	0-1
	- ruchomy, dwuprzegubowy zagłówek z regulacją wysokości	TAK		bez oceny	
	- lewy podłokietnik	opcja		maksymalizacja	0-1
	- blokada ruchu fotela podczas pracy końcówek	TAK		bez oceny	
	- blokada najazdowa fotela	opcja		maksymalizacja	0-1
	- tapicerka bezszwowa – do oferty dołączyć wzornik dostępnych kolorów – min 5 kolorów do wyboru	TAK		bez oceny	
	- skrzynka przyłączeniowa wewnątrz podstawy fotela	opcja		maksymalizacja	0-1
10.	Fotelik obrotowy dla stomatologa z podstawą pięcioramienną z obręczą pod nogi chromowaną	TAK		bez oceny	

Lp	Wymagana szczegółowa specyfikacja techniczna i opis parametru	Wymagane wartości graniczne	Oferowane wartości, parametry, dane techniczne, opisy, (wypełnia wykonawca)	Parametry oceny	Skala punktowa
11.	Asystor przejezdny min dwu szufladowy – szuflady na prowadnicach rolkowych	TAK		bez oceny	
12.	Powierzchnie wyrobów łatwe do czyszczenia i dezynfekcji	TAK		bez oceny	
13.	System ISO producenta i oferenta unitu – dołączyć do oferty	TAK		bez oceny	
14.	Deklaracja CE oraz certyfikat jednostki notyfikowanej, świadectwo rejestracji na unit stomatologiczny – dołączyć do oferty	TAK		bez oceny	

**GWARANCJA I SERWIS - wartość kryterium : 10%**

Gwarancja, serwis gwarancyjny i pogwarancyjny					
1	Okres gwarancji Ocenie będzie podlegać okres gwarancji nie większy niż 5 lat.	≥ 2 lata		maksymalizacja	0 - 2
2	Ilość przeglądów w okresie gwarancji (bezpłatnie)	≥ 1/rok		maksymalizacja	0 - 1
3	Czas reakcji od zgłoszenia	≤ 72 godzin		bez oceny	
4	Czas trwania naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu, którego wydłuża się okres gwarancji o czas przestoju	5 dni		bez oceny	
5	Koszt pogwarancyjnej obsługi serwisowej za 1 r-g z dojazdem do użytkownika	Podać w PLN netto		minimalizacja	1-0
6	Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży aparatu (w latach)	≥ 10 lat		bez oceny	

Parametry, których wartość określona jest w rubryce “Wymagana szczegółowa specyfikacja techniczna” i opis parametru “wymagane wartości graniczne” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

**Zasady oceny punktowej:**

1. Najmniej korzystna wartość parametru spośród ocenianych ofert będzie oceniona 0 pkt.
2. Najkorzystniejsza wartość parametru spośród ocenianych ofert uzyska maksymalną wartość punktową ze skali.



3. Pośrednie wartości parametrów spośród ocenianych ofert otrzymają proporcjonalną wartość punktową z dokładnością do setnych części.
4. Wartości punktowe zostaną odniesione do wagi kryterium.

Oświadczamy, że:

1. Oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenia są kompletne i będą gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. W cenie oferty są zawarte wszystkie wyspecyfikowane powyżej funkcje

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis Wykonawcy)