**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

................................... ……………………......., ............. 2021 r.

 pieczątka firmowa miejscowość i data

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dane Wykonawcy:

Pełna nazwa ………………………………………………………………………………….

Adres ………………………………………………………………………………….

REGON ………………………………………….

NIP ………………………………………….

Nr rachunku bankowego ………………………………………………………………….

Telefon .................................. FAX .................................. e-mail ………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**w zakresie zapoznania się z treścią Regumaminu udzielania zamówień,**

**których wartość jest mniejsza niż 130.000,00 zł**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu udzielania zamówień, których wartość jest mniejsza niż 130.000,00 zł w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich, zamieszczonym na stronie Zamawiającego http://clo.com.pl/plany-postepowan-i-regulamin/

 …………………..…….

 podpis Wykonawcy

**Oświadczenie wykonawcy**

**w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

 …………………..…….

 podpis Wykonawcy

1) 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).

\* 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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Niniejszym składamy ofertę na

ogłoszone przez:

Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II postępowanie:

**Znak: 27/DT/2021**

**Nazwa: sprzedaż, dostawa i uruchomienie lasera niskoenergetycznego oraz przeszkolenie personelu Zamawiającego**

**Nr identyfikacyjny projektu: RPSL.10.01.00-24-05BG/17**

Zakup w ramach projektu *„Utworzenie Wieloośrodkowego Zintegrowanego Instytutu Diagnostyki i Leczenia Ran Przewlekłych Jednostek Opieki Zdrowotnej Województwa Śląskiego - zwiększenie dostępności i jakości usług medycznych poprzez doposażenie istniejącej bazy szpitalnej Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich”* współfinansowanego przez UE ze środków EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU ROZWOJU REGIONALNEGO W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO NA LATA 2014-2020 (EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO) DLA OSI PRIORYTETOWEJ: INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA, DZIAŁANIE 10.1

|  |  |
| --- | --- |
| pkt | PARAMETR / WARUNEK |
| **I.** | **Parametry ogólne** |
| 1. | Laser niskoenergetyczny diodowy wyposażony w dwie sondy zabiegowe:* sonda zabiegowa - punktowa (da=11mm, Sa=1cm2), długości fali 820nm o regulowanej mocy promieniowania od 50mW do 500mW w skoku co 50mW;
* Sonda zabiegowa - powierzchniowa (da=35mm, Sa=10cm2), dwie długości fali promieniowania laserowego: 780nm i 660nm.
 |
| 2. | Aparat spełniający rodzaj pracy ciągłej i modulowanej.  |
| 3. | Możliwość zaprogramowania najczęściej wykorzystywanych funkcji.  |
| 4. | Możliwość zaprogramowania własnych procedur zabiegowych.  |
| 5. | Wyświetlacz ciekłokrystaliczny LCD kolorowy.  |
| 6. | Wyświetlane parametry minimum: moc promieniowania, dawka energii, czas trwania zabiegu. |
| 7. | Aplikator skanerowy kompatybilny z laserem umożliwiający oświetlanie powierzchni (koło, elipasa, kwadrat, prostokąt). |
| **II.** | **Wyposażenie** |
| 1. | Statyw do lasera i aplikatora skanerowego: * możliwość obracania zestawu w płaszczyźnie pionowej i poziomej;
* regulowana wysokość statywu**.**
 |
| 2. | Okulary ochronne przed promieniowaniem laserowym o 3 długościach fali - 4 szt. |

**Oferuję urządzenie - laser niskoenergetyczny - rok produkcji2021**

*(typ/model)………………………………………………………………….*

*(produkcji)………………………………………………………………….*

*(kraj pochodzenia) ………………………………………………………….*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | Nazwa | **j.m.** | **ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Laser niskoenergetyczny | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

**Wartość brutto ........................ słownie .............................................................................................................zł**

w tym:

wartość netto: .........................................zł

podatek VAT: ........................................zł

**Deklarowany okres gwarancji ………… (należy podać w miesiącach)**

………………………

 podpis wykonawcy