*Załącznik nr 2 do SIWZ*

…………………………………………….

pieczęć wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

ul. Żeromskiego 5

25 – 369 Kielce

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ………………………………………...…………………….……………….………..……..

Siedziba: …………………………………………………………….……………….………………

(dokładny adres)

NIP: ………………………………………………… REGON: ……………………….….….……

Adres poczty elektronicznej: ………………………………………………………………….

Numer telefonu: …………………………………………………..……………………………….

W odpowiedzi na ogłoszone przez Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach przetargu nieograniczonego pn. **„Dostawa pomocy dydaktycznych” –** **oznaczenie sprawy ADP.2301.67.2019**:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i załącznikami do SIWZ za łączną cenę brutto..…………….. zł, (słownie złotych: ……………………………………00/100), w tym należny podatek VAT.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiotzamówienia | Produkt oferowany | Ilość | Cena brutto | Wartość brutto |
|  | (producent, model) |  | jednostkowa | (PLN) |
|  |  |  |  | [kol.3xkol.4] |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  |  |  |  |  |
| Analizator składu ciała |  | 1 |  |  |
| Wzrostomierz elektroniczny |  | 2 |  |  |
| Wzrostomierz mobilny mały |  | 2 |  |  |
| Miarka |  | 2 |  |  |
| Aparat do mierzenia ciśnienia |  | 2 |  |  |
| Glukometr |  | 2 |  |  |
|  |  |  | Razem: | ……………………. |

Oferujemy przedmiot zamówienia opisany w specyfikacji technicznej stanowiącej załącznik 1 do oferty.

*UWAGA: Wszystkie ceny należy podać z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku z zachowaniem zasady zaokrągleń matematycznych.*

**UWAGA:**

**Przedmiot zamówienia musi być kompletny, posiadać: instrukcję obsługi, aprobaty techniczne oraz wszystkie niezbędne dokumenty wymagane przy tego typu urządzeniach; winien być wyposażony we wszystkie elementy niezbędne do uruchomienia i pracy u zamawiającego do celu dla którego przedmiot zamówienia jest zakupywany, bez konieczności zakupu, przez zamawiającego dodatkowych elementów.**

**Do dostarczonych urządzeń musi być dołączona gwarancja oraz instrukcja obsługi, w formie papierowej/ drukowanej lub na nośniku CD/DVD, w języku polskim lub angielskim.**

1. Na zaoferowany przedmiot zamówienia udzielamy …..….. miesięcznej gwarancji, liczonej od daty podpisania bezusterkowego protokołu odbioru.
2. Zamówienie wykonamy w terminie ………………. dni roboczych licząc od daty podpisania umowy.
3. Warunki płatności: Zamawiający ureguluje fakturę wykonawcy w terminie 30 dni licząc od daty jej doręczenia do Zamawiającego – przelewem na numer konta bankowego wykonawcy.
4. Oświadczamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia posiada wszelkie wymagane przepisami prawa: aprobaty techniczne, atesty oraz wszystkie niezbędne dokumenty wymagane przy tego typu sprzęcie oraz zobowiązujemy się do dostarczenia w czasie realizacji zamówienia i na prośbę zamawiającego, wszystkich dokumentów potwierdzających spełnienie powyższych wymogów.
5. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, wykonawca ustanawia pełnomocnika do reprezentowania go w postępowaniu albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego: ………..…..…, tel. kontaktowy, ….………….., faks: …...……………
6. Oświadczamy, że zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwej wyceny oraz właściwego wykonania przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń. Zdobyliśmy również konieczne informacje potrzebne do właściwej wyceny oraz właściwego wykonania przedmiotu zamówienia.
9. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na wymienionych w nim warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
10. Przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać sami bez udziału podwykonawców/z udziałem podwykonawców\*

*\* niewłaściwe skreślić*

1. Podwykonawcom zamierzamy powierzyć następującą cześć zamówienia (zakres prac):

1)…………………….. nazwa firmy podwykonawcy

2) ……………………. nazwa firmy podwykonawcy

1. Oświadczam, że jestem / nie jestem mikroprzedsiębiorstwem, małym lub średnim przedsiębiorstwem zgodnie z definicją zawartą w zaleceniu Komisji z dn. 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (Dz. Urz. UE nr 2003/361/WE). W przypadku zaznaczenia powyżej odpowiedzi twierdzącej, należy poniżej zaznaczyć krzyżykiem odpowiedni kwadrat:

□ mikroprzedsiębiorstwo □ małe przedsiębiorstwo □ średnie przedsiębiorstwo

1. *INFORMUJEMY, że:*

 - wybór oferty **nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego**.**

 - wybór oferty **będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*\*) w odniesieniu do następujących *towarów/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Wartość *towaru/usług(w zależności od przedmiotu zamówienia)* powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to zł netto**.**

*\*\*) Dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do przedstawionej w niej ceny, tj. w przypadku:*

* wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
* mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy o podatku od towarów i usług,
	+ - importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.
1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

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).

1. Oświadczamy, że wszystkie strony naszej oferty łącznie z wszystkimi załącznikami są ponumerowane i cała oferta składa się z ………………. stron.

…………………… dnia …………………. r.

………………………………………………..

podpis osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

Załącznik nr 1 do FORMULARZA OFERTOWEGO

Oświadczam/y, że oferowane przez nas produkty spełniają wszystkie wymagane parametry objęte przedmiotem zamówienia.

Poniżej podajemy informacje nt. oferowanych produktów, m.in.. nazwę firmy producenta, modelu oraz oznaczeń identyfikacyjnych określających oferowane produkty w sposób jednoznaczny i nie budzący wątpliwości:

|  |  |
| --- | --- |
| Produkt zamawiany | Produkt oferowany |
| L. p. | Wymagane parametry (cechy) | Ilośćszt. | Oferowane parametry (dokładny opis) | Ilośćszt. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | **ANALIZATOR SKŁADU CIAŁA** | 1 szt. | …………………………………………………(producent, model) | 1 szt. |
| Analizator zapewniający odczyt parametrów dla całego ciała: * Masa ciała w kg
* Indeks masy ciała BMI
* Masa tkanki tłuszczowej w kg
* Masa tkanki tłuszczowej w %
* Wskaźnik trzewnej tkanki tłuszczowej
* Masa tkanki mięśniowej w kg
* Całkowita zawartość wody w organizmie w %
* Całkowita zawartość wody (TBW) w kg
* Masa Wody Wewnątrzkomórkowej (ICW)
* Masa Wody Zewnątrzkomórkowej (ECW)
* Stosunek TBW/ECW
* Masa Tkanki Beztłuszczowej (kg)
* Wiek metaboliczny
* PPM – podstawowa przemiana materii (BMR)
* Zmineralizowana masa kości
* Masa Protein
* Kąt fazowy
* Wskaźnik budowy ciała typu Physique Rating
 |  |
| Analizator zapewniający odczyt parametrów dla segmentów ciała: * Masa Mięśni w Segmentach
* Masa Tkanki Beztłuszczowej w Segmentach
* Masa Tkanki Tłuszczowej w Segmentach
* Ocena Masy Mięśni Nóg
* Segmentowa Impedancja
* Segmentowa Reaktancja/Rezystancja
* Segmentowa Równowaga Masy Mięśni
* Segmentowa Tkanka Tłuszczowa %
* Segmentowy Kąt Fazowy
* Wskaźnik Masy Mięśni w Segmentach
* Wskaźnik Rozłożenia Tkanki Tłuszczowej

Maksymalne obciążenie max 300 kg  |  |
| Wiek badanej osoby 5-99 lat  |  |
| Dokładność pomiaru masy ciała: 100 gDokładność pomiaru zawartości tkanki tłuszczowej: 0,1 % |  |
| Metoda pomiaru Oktapolarna (8 elektrod)  |  |
| Rozmiary urządzenia 450 mm x 490 mm x 1240 mm (+/-5%) |  |
| Masa urządzenia max 40 kg  |  |
| Wyświetlacz min 10" 1024x768 TFT kolorowy panel dotykowy |  |
| Funkcja "STANDARD" i "ATHLETE"(sportowiec) |  |
| Przywołanie ostatniego pomiaru: Historia pomiarów w programie  |  |
| Ilość profili: W programie, nieograniczona ilość  |  |
| Technologia BIA Wieloczęstotliwościowa - 1kHz/5kHz/50kHz/250kHz/500kHz/1000kHz  |  |
| **Interfejs:** * Łącze typu USB A (USB host) x3
* Łącze typu USB B (Device) x1
* Łącze LAN x1
* Audio standard jack (Mic-in, Line-out)
 |  |
| Zasilanie Zasilacz 230 V AC(50/60)  |  |
| Drukarka Kolorowa dedykowana przez producenta urządzenia |  |
| Walizka transportowa |  |
| Certyfikaty: CE ISO 9001; NAWI Klasa III, Zatwierdzone do użytku medycznego MDD |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Produkt zamawiany | Produkt oferowany |
| L. p. | Wymagane parametry (cechy) | Ilośćszt. | Oferowane parametry (dokładny opis) | Ilośćszt. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | **WZROSTOMIERZ ELEKTRONICZNY** | 2 szt. | …………………………………………………(producent, model) | 2 szt. |
| Zakres pomiaru: 50 cm – 240 cm |  |
| Ultradźwiękowa technologia pomiarowa, kompensowana temperaturą  |  |
| Czujnik przechyłu do korekty błędu pomiarowego  |  |
| Funkcji składania,  |  |
| Obudowa z tworzywa sztucznego |  |
| Wyświetlacz LCD min 9 mm |  |
| Potwierdzenie dźwiękiem na końcu pomiaru i wyświetleniu wyniku |  |
| Jednostki w centymetrach i calach |  |
| Zasilanie bateriami: 2 x AA 1,5V (w zestawie) |  |
| Pokrowiec transportowy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Produkt zamawiany | Produkt oferowany |
| L. p. | Wymagane parametry (cechy) | Ilośćszt. | Oferowane parametry (dokładny opis) | Ilośćszt. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | **WZROSTOMIERZ MOBILNY MAŁY** | 2 szt. | …………………………………………………(producent, model) | 2 szt. |
| Wzrostomierz mechaniczny z mechanizmem zwijającym |  |
| Możliwość mocowania na ścianie |  |
| Odczyt wyniku w oknie wskaźnika |  |
| Taśma wykonana z metalu |  |
| Zakres pomiaru: 0 - 220 cm |  |
| Podziałka: 1 mm |  |
| Waga własna: max 210 g |  |
| Wymiary (+/-5%) (szer. x wys. x gł.): 125 x 125 x 173 mm |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Produkt zamawiany | Produkt oferowany |
| L. p. | Wymagane parametry (cechy) | Ilośćszt. | Oferowane parametry (dokładny opis) | Ilośćszt. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | **MIARKA** | 2 szt. | …………………………………………………(producent, model) | 2 szt. |
| Taśma pomiarowa wykonana z metalu |  |
| Wbudowany miernik WHR; funkcja: WHR; |  |
| Wymagane pomiary: pomiar obwodów oraz długości (mm); współczynnik WHR |  |
| Automatyczny system zwijania |  |
| Zakres pomiaru: 0 - 205cm |  |
|  Podziałka: 1mm |  |
| Masa przyrządu: max 90 g;  |  |
| Wymiary (+/-5%): 70/ 28/ 66mm |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Produkt zamawiany | Produkt oferowany |
| L. p. | Wymagane parametry (cechy) | Ilośćszt. | Oferowane parametry (dokładny opis) | Ilośćszt. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | **APARAT DO MIERZENIA CIŚNIENIA** | 2 szt. | …………………………………………………(producent, model) | 2 szt. |
| Wymagane Funkcje: * + - Uśrednianie wyników pomiaru: Średnia wartość poziomu ciśnienia liczona  z 3 kolejnych pomiarów w ciągu 10 minut.
		- Czujnik ruchu: Urządzenie musi wykrywać czy w czasie pomiaru osoba, u której mierzone jest ciśnienie, nie porusza się.
		- Wskaźnik dla mankietu: Wskaźnik informujący, czy mankiet jest prawidłowo założony: nie zbyt luźno lub zbyt ciasno.
		- Kolorowy wskaźnik poziomu ciśnienia krwi: Wskaźnik, który za pomocą  koloru na wyświetlaczu LED ocenia poziom ciśnienia: prawidłowe (zielony) lub wysokie (czerwony).
		- Wykrywanie nieregularnego bicia serca: Ciśnieniomierz musi posiadać możliwość wykrywania nieregularnej pracy serca czyli arytmii.
 |  |
| Wysokość mankietu min 15cm, usztywniany 360 stopni |  |
| Ciśnieniomierz zasilany przez 4 baterie AA 1,5V (załączone w zestawie). Opcjonalny zasilacz w zestawie |  |
| Typ ciśnieniomierza: automatyczny naramienny |  |
| Metoda pomiaru: oscylometryczna |  |
| Rozdzielczość pomiaru: 1 [mmHg] |  |
| Zakres pomiaru ciśnienia: 0 do 299 [mmHg] |  |
| Zakres pomiaru tętna: 40 do 180 [uderzeń/min] |  |
| Dokładność pomiaru ciśnienia: +/- 3 mmHg |  |
| Dokładność pomiaru tętna: +/- 5% odczytu |  |
| Pamięć: 2 x 100 pomiary |  |
| Temperatura działania: 10 do 40 [st.C] |  |
| Temperatura przechowywania: -20 do 60 [st.C] |  |
| Mankiet rozmiar: 22 - 42 cm |  |
| Waga max: 400 g (bez baterii) |  |
| Wymiary (+/-5%): 124 x 90 x 161 mm |  |
| Wyłączanie automatyczne |  |
| Wskaźnik niskiego poziomu baterii |  |
| USB / Bluetooth |  |
| Certyfikat ESH/BSH; CE medyczne |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Produkt zamawiany | Produkt oferowany |
| L. p. | Wymagane parametry (cechy) | Ilośćszt. | Oferowane parametry (dokładny opis) | Ilośćszt. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | **GLUKOMETR** | 2 szt. | …………………………………………………(producent, model) | 2 szt. |
| **Czytelny wskaźnik zakresów docelowych** |  |
| Jeden przycisk do nawigacji |  |
| Pamięć min 500 wyników zapisanych z datą i godziną, które można eksportować bezprzewodowo do aplikacji  |  |
| Aplikacja darmowa do pobrania na iPhone (AppStore) i telefony Android (Google play) do przesyłania wyników na telefon lub tablet lub do komputera |  |
| Szybki dostęp do wszystkich informacji związanych z cukrzycą |  |
| Przypomnienia o pomiarze na telefon. |  |
| Paski dedykowane do glukometru – min 200 szt. |  |
| Wynik pojawiający się w czasie poniżej 4 sekund po wykonaniu badania na dużym, czytelnym wyświetlaczu. Po usunięciu testu paskowego glukometr wyłączyć się musi automatycznie. |  |
| Metoda pomiarowa oparta na FAD  |  |
| Zakres pomiarowy systemu: 10–600 mg/dL (0,6–33,3 mmol/L) |  |
| Wielkość próbki krwi: 0,6 μL |  |
| Gwarancja dokładności potwierdzona certyfikatami zgodności z normą ISO 15197L2013/EN ISO 15197:2015. |  |
| **Aplikacja kontrolna pozwalająca na s**zybki dostęp do informacji o poziomie cukru we krwi  |  |
| Czytelne raporty w formacie PDF, CSV lub MS Excel. |  |
| Kalkulator bolusa - precyzyjne wyliczenie dawki insuliny. |  |
| Intuicyjne wyszukiwanie za pomocą opisów, tagów i dat przypisywanych do wyników |  |
| Ustawienia przypomnień o pomiarze |  |

........................................ dnia ................ 2019r.

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

 podpis/y osoby/osób uprawnionych

 do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy