Załącznik nr 2 do SIWZ

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa:.....................................................................................................................................................................................

Siedziba:.....................................................kod...................................ul.................................................................................

Województwo:...................................................................

Nr telefonu/fax:......................................................................................................................................................................

http:// ..................................................... e-mail....................................................................................................................

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

Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem TAK/NIE\*

## Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Siedziba: **30-663 Kraków, ul. Wielicka 265**

## Zobowiązania Wykonawcy:

* + 1. Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawę opatrunków i opatrunków specjalistycznych - 11 grup,** zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z dołączonymi formularzami cenowymi – zał. nr 3/…………. za cenę:

|  |  |
| --- | --- |
| Grupa 1 | Brutto ………………………………………………………………………………………………………..  Netto ……………………………………………………………………………………………………….. |
| Grupa 2 | Brutto …………………………………………………………………………………………………………  Netto ………………………………………………………………………………………………………… |
| Grupa 3 | Brutto ………………………………………………………………………………………………………..  Netto ……………………………………………………………………………………………………….. |
| Grupa 4 | Brutto ………………………………………………………………………………………………………….  Netto …………………………….………………………………………………………………………… |
| Grupa 5 | Brutto …………………………………………………………………………………………………………  Netto ……………………………………………………………………………………………………….. |
| Grupa 6 | Brutto ……………………………………………………………………………………………………..  Netto ……………………………………………………………………………………………………. |
| Grupa 7 | Brutto ……………………………………………………………………………………………………………  Netto ……………………………………………………………………………………………………………. |
| Grupa 8 | Brutto ……………………………………………………………………………………………………………  Netto ……………………………………………………………………………………………………………. |
| Grupa 9 | Brutto ……………………………………………………………………………………………………………  Netto ……………………………………………………………………………………………………………. |
| Grupa 10 | Brutto ……………………………………………………………………………………………………………  Netto ……………………………………………………………………………………………………………. |
| Grupa 11 | Brutto ……………………………………………………………………………………………………………  Netto ……………………………………………………………………………………………………………. |

* + 1. Oświadczamy, że termin płatności wynosi ……… dni\* (min. 60 dni) od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej

faktury VAT.

3. Wykonawca gwarantuje niezmienność cen jednostkowych netto podanych w ofercie przez okres ………..(**wymagane min. 12 miesięcy).**

4. Oświadczamy, że oferowane wyroby medyczne będą posiadały minimum 12 miesięczny termin ważności liczony od dnia ich dostawy.

5. Oświadczamy, że zamówienie będziemy wykonywać do czasu wyczerpania ilości produktów określonych w załączniku nr 3/………… do specyfikacji, nie dłużej jednak niż przez 24 miesiące, począwszy od dnia zawarcia umowy.

6. Oświadczamy, że dostarczymy towar do siedziby Zamawiającego własnym transportem, na własny koszt i ryzyko w terminie ……….(max. 4 dni robocze) od daty przyjęcia zamówienia (fax, e-mail).

7. Oświadczamy, że na czas trwania umowy bezpłatnie użyczymy 3 urządzeń do terapii podciśnieniowej kompatybilnych z wymaganymi w opisie przedmiotu zamówienia opatrunkami – dotyczy grupy 10.

8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia wraz z jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

9. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres podany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

10. Oświadczamy, że oferowane przez nas wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Polski na zasadach określonych   
 w ustawie o wyrobach medycznych.

11. Oświadczamy, że zawarte w siwz, istotne postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania   
 naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

12. Oświadczamy, że dostawy objęte zamówieniem wykonamy sami/zamierzamy powierzyć następujące części zamówienia podwykonawcom   
 i jednocześnie podajemy nazwy (firmy) podwykonawców\*\*(niepotrzebne skreślić):

Część zamówienia: .....................................................................................................................................  
 Nazwa (firma) podwykonawcy: ...................................................................................................................

*\*Jeżeli wykonawca nie poda tych informacji to Zamawiający przyjmie, że wykonawca nie zamierza powierzać żadnej części zamówienia   
 podwykonawcy.*

13. Oświadczamy, że wybór naszej oferty:

* będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w zakresie …………………………………………………………….(należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego), o wartości ……………………………………..zł netto (należy wskazać wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku).\*\*)
* nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług\*\*)

**\*\*)** zaznaczyć właściwe

**14. Forma, w jakiej zostało wniesione wadium**

................................................................................................. zał. nr...................

Numer konta, na jakie Zamawiający dokona zwrotu wadium:

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

**15. Dane do umowy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy: | | |
| Imię i nazwisko | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| Osoba(y) odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy | | |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | Nr telefonu / e-mail |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą | | |
| Nazwa i adres banku | |  |
|  | |  |

Załącznikami do niniejszej oferty są:

Oświadczamy, że na stronach …………………………….. oferty są zawarte informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego.  
\*) w przypadku gdy Wykonawca nie wypełni miejsca wykropkowanego, Zamawiający przyjmie, że zaoferowany termin płatności wynosi 60 dni.

\*\*) niepotrzebne skreślić

……................., dnia …………… ………………………………………………………………………………………………..

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

Załącznik nr 3/10 do siwz

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:.........................................................................................................

**FORMULARZ CENOWY**

**GRUPA 10**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Nazwa handlowa przedmiotu  zamówienia** | **j.m.** | **Orient. zużycie** | **Wartość netto** | **VAT**  **%** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** | **Pełny**  **Numer katalogowy** | **Producent** | **Numer i data ważn. świad. dopuszczenia** | **Klasa wyrobu medyczn.\*** |
| 1 | Elastyczny opatrunek poliestrowy powleczony srebrem nanokrystalicznym, bakteriobójczy, uwalniający srebro z opatrunku do rany przez 3 dni. Aktywny wobec MRSA. Rozm. 5x5cm x5szt. |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Elastyczny opatrunek poliestrowy powleczony srebrem nanokrystalicznym, bakteriobójczy, uwalniający srebro z opatrunku do rany przez 3 dni. Aktywny wobec MRSA. Rozm. 10x10cm x12szt. |  | Op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Elastyczny opatrunek poliestrowy powleczony srebrem nanokrystalicznym, bakteriobójczy, uwalniający srebro z opatrunku do rany przez 3 dni. Aktywny wobec MRSA. Rozm. 10x20cm x12szt. |  | Op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Opatrunek chłonny składający się z 3 warstw: pokrytej srebrem nanokrystalicznym poliuretanowej warstwy kontaktowej, białej pianki poliuretanowej i niebieskiej wodoszczelnej powłoki foliowej. Rozm. 10x10cm x10szt. |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Opatrunek chłonny składający się z 3 warstw: pokrytej srebrem nanokrystalicznym poliuretanowej warstwy kontaktowej, białej pianki poliuretanowej i niebieskiej wodoszczelnej powłoki foliowej. Rozm. 10x20cm x10szt |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Opatrunek chłonny z pianki poliuretanowej, bez przylepca z cząsteczkami srebra - sulfadiazyna srebra, przeznaczony na rany zakażone o umiarkowanym lub obfitym wysięku. Trójwarstwowa konstrukcja: poliuretanowa warstwa kontaktowa, chłonna pianka poliuretanowa z cząsteczkami srebra i ochronna, antybakteryjna i wodoszczelna zewnętrzna warstwa folii. Sterylny. Rozm. 5x5cm x 10szt |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Opatrunek chłonny z pianki poliuretanowej, bez przylepca z cząsteczkami srebra - sulfadiazyna srebra, przeznaczony na rany zakażone o umiarkowanym lub obfitym wysięku. Trójwarstwowa konstrukcja: poliuretanowa warstwa kontaktowa, chłonna pianka poliuretanowa z cząsteczkami srebra i ochronna, antybakteryjna i wodoszczelna zewnętrzna warstwa folii. Sterylny. Rozm. 10x10cm x 10szt |  | Op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Opatrunek chłonny z pianki poliuretanowej, bez przylepca z cząsteczkami srebra - sulfadiazyna srebra, przeznaczony na rany zakażone o umiarkowanym lub obfitym wysięku. Trójwarstwowa konstrukcja: poliuretanowa warstwa kontaktowa, chłonna pianka poliuretanowa z cząsteczkami srebra i ochronna, antybakteryjna i wodoszczelna zewnętrzna warstwa folii. Sterylny. Rozm. 20x20cm x 10szt |  | Op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Samoprzylepny opatrunek z pianki poliuretanowej z cząsteczkami srebra - sulfadiazyna srebra - przeznaczony na zakażone rany o umiarkowanym lub obfitym wysięku. Opatrunek anatomicznie dopasowany do stosowania w okolicy kości krzyżowej. Sterylny. Rozm. 17x17cm x 10szt |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Samoprzylepny opatrunek z pianki poliuretanowej z cząsteczkami srebra - sulfadiazyna srebra - przeznaczony na zakażone rany o umiarkowanym lub obfitym wysięku. Opatrunek anatomicznie dopasowany do stosowania w okolicy kości krzyżowej. Sterylny. Rozm. 22x22cm x 10szt |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Opatrunek chłonny z pianki poliuretanowej bez przylepca na rany o umiarkowanym lub obfitym wysięku. Trójwarstwowa konstrukcja: poliuretanowa warstwa kontaktowa, chłonna pianka poliuretanowa i ochronna, antybakteryjna i wodoszczelna zewnętrzna warstwa folii - Sterylny. Rozm. 5x5cm x10szt |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Opatrunek chłonny z pianki poliuretanowej bez przylepca na rany o umiarkowanym lub obfitym wysięku. Trójwarstwowa konstrukcja: poliuretanowa warstwa kontaktowa, chłonna pianka poliuretanowa i ochronna, antybakteryjna i wodoszczelna zewnętrzna warstwa folii - Sterylny. Rozm. 10x10cm x10szt |  | Op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Opatrunek chłonny z pianki poliuretanowej bez przylepca na rany o umiarkowanym lub obfitym wysięku. Trójwarstwowa konstrukcja: poliuretanowa warstwa kontaktowa, chłonna pianka poliuretanowa i ochronna, antybakteryjna i wodoszczelna zewnętrzna warstwa folii - Sterylny. Rozm. 20x20cm x10szt |  | Op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Samoprzylepny opatrunek z pianki poliuretanowej przeznaczony na rany o umiarkowanym lub obfitym wysięku. Opatrunek anatomicznie dopasowany do stosowania w okolicy kości krzyżowej. Sterylny. Rozm. 17x17cm x 10szt |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Samoprzylepny opatrunek z pianki poliuretanowej przeznaczony na rany o umiarkowanym lub obfitym wysięku. Opatrunek anatomicznie dopasowany do stosowania w okolicy kości krzyżowej. Sterylny. Rozm. 22x22cm x 10szt |  | Op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Miękki, nietkany opatrunek włókninowy o dużej chłonności, który w kontakcie z wysiękiem tworzy klarowny opatrunek żelowy. Może pozostawać na ranie do 7 dni. Sterylny. Rozm. 5x5cm x 10szt |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Miękki, nietkany opatrunek włókninowy o dużej chłonności, który w kontakcie z wysiękiem tworzy klarowny opatrunek żelowy. Może pozostawać na ranie do 7 dni. Sterylny. Rozm. 10x10cm x 10szt |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Miękki, nietkany opatrunek włókninowy o dużej chłonności, który w kontakcie z wysiękiem tworzy klarowny opatrunek żelowy. Może pozostawać na ranie do 7 dni. Sterylny. Rozm. 15x15cm x 5szt |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Maść kadeksomerowa z jodyną. Wskazany na rany pokryte tkanką martwiczą o obfitym lub bardzo obfitym wysięku, niezainfekowane jak i z objawami infekcji, t.j.: rany przewlekłe. Sterylny. Opakowanie 2x20g |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Czysty, amorficzny hydrożel składający się ze zmodyfikowa- nego polimeru karboksymetylo-celulozy, glikolu propyleno- wego i wody. Dozownik Applipak umożliwiający łatwe nanoszenie żelu nawet na trudno dostępne rany. Sterylny. Rozm. 8g x 10szt. |  | Op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Gładka tkanina acetatowa pokryta warstwą hydrofobowej obojętnej maści. Stosowany przy oparzeniach, ranach powierzchniowych i innych powierzchniowych ranach sączących. Sterylny. Rozm. 7,5x7,5cm x 50szt |  | Op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Gładka tkanina acetatowa pokryta warstwą hydrofobowej obojętnej maści. Stosowany przy oparzeniach, ranach powierzchniowych i innych powierzchniowych ranach sączących. Sterylny. Rozm. 7,5x20cm x 50szt |  | Op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Transparentny opatrunek do zabezpieczania wkłuć centralnych lub obwodowych, wodoodporny i bakterioodporny, wykonany z folii poliuretanowej z klejem akrylowym, wyposażony w trójstopniowy system ułatwiający jałową aplikację. Współczynnik paroprzepuszczalności - MVTR co najmniej 11000 g/m2/37C/24h. Rozm. 6x7cm x100szt |  | Op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Transparentny opatrunek do zabezpieczania wkłuć centralnych wodoodporny i bakterioodporny, wykonany z folii poliuretanowej z klejem akrylowym, wyposażony w trójstopniowy system ułatwiający jałową aplikację. Współczynnik paroprzepuszczalności - MVTR co najmniej 11000 g/m2/37C/24h. Rozm. 10x12cm x50szt |  | Op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Bezalkoholowy roztwór tworzący na skórze ochronny film. Redukuje ból przy usuwaniu opatrunków z przylepcem oraz pełni funkcję ochronną przed zanieczyszczeniami. Skuteczna bariera ochronna do 96h. Wodoodporny, paroprzepuszczalny, umożliwiający obserwację skóry. Skład: Kopolimer heksametylodisiloksanu, akrylanu. Sterylny. Postać: 1ml/chusteczka x50szt |  | Op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Jałowy piankowy zestaw opatrunkowy do terapii podciśnieniowej - mały. Skład zestawu: opatrunek piankowy w rozmiarze 10 x 8 x 3cm - 1szt.; miękki, elastyczny dren typu Soft Port zapobiegający uszkodzeniom tkanek w trakcie tarapii - 1 szt.; folia samoprzylepna, okluzyjna 20 x 30cm - 1 szt. |  | Op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Jałowy piankowy zestaw opatrunkowy do terapii podciśnieniowej - średni. Skład zestawu: opatrunek piankowy w rozmiarze 20 x 12,5 x 3cm - 1szt.; miękki, elastyczny dren typu Soft Port zapobiegający uszkodzeniom tkanek w trakcie terapii - 1 szt.; folia samoprzylepna, okluzyjna 20 x 30cm - 2 szt. |  | Op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Jałowy piankowy zestaw opatrunkowy do terapii podciśnieniowej - duży. Skład zestawu: opatrunek piankowy w rozmiarze 25x15x3cm - 1szt.; miękki, elastyczny dren typu Soft Port zapobiegający uszkodzeniom tkanek w trakcie terapii - 1 szt.; folia samoprzylepna, okluzyjna 20 x 30cm - 3 szt. |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Jałowy piankowy zestaw opatrunkowy do terapii podciśnieniowej - bardzo duży. Skład zestawu: opatrunek piankowy w rozmiarze 48x41x1,5cm - 1szt.; miękki, elastyczny dren typu Soft Port zapobiegający uszkodzeniom tkanek w trakcie tarapii - 1 szt.; folia samoprzylepna, okluzyjna 20 x 30cm - 6 szt. |  | Op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Zestaw opatrunków jałowych do podciśnieniowej terapii ran, gazowy z miękkim , wyściełanym kanałem typu Soft Port , rozmiar: mały |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Zestaw opatrunków jałowych do podciśnieniowej terapii ran, gazowy z miękkim , wyściełanym kanałem typu Soft Port , rozmiar: średni |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Zestaw opatrunków jałowych do podciśnieniowej terapii ran, gazowy z miękkim , wyściełanym kanałem typu Soft Port , rozmiar: duży |  | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Zestaw opatrunków jałowych do podciśnieniowej terapii ran, gazowy z miękkim , wyściełanym kanałem typu Soft Port , rozmiar: bardzo duży |  | Op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Łącznik Y pozwalający na połączenie dwóch sterylnych portów z jednym przyrządem do podciśnienia |  | Op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Jałowy jednorazowy kanister do gromadzenia wydzieliny z rany z środkiem żelującym poj. 300ml |  | Op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Jałowy jednorazowy kanister do gromadzenia wydzieliny z rany z środkiem żelującym poj. 750ml |  | Op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Żel poprawiający przylepność opatrunku w trudnych do opatrzenia częściach ciała 10cm x 7cm, a10szt. |  | Op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Pojedynczo pakowany dren typu Soft Port |  | szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | Folia samoprzylepna 20x30cm x10szt. |  | Op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | Folia samoprzylepna 40x60cm x 5szt. |  | Op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Zamawiający wymaga bezpłatnego użyczenia 3 urządzeń do terapii podciśnieniowej kompatybilnych z oferowanymi opatrunkami.**

…………………………… …….………………

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy )