

Załącznik nr 1 – Formularz Oferty

FORMULARZ OFERTOWY

**dotyczy postępowania na udzielenie zamówienia zgodnie z zasadą konkurencyjności
w zakresie dostawy sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego
na prowadzenie działalności określonej w projekcie
„Stworzenie skoordynowanego systemu pomocy dla mieszkańców subregionu bydgoskiego
w oparciu o funkcjonowanie DDOM oraz medyczną opieką domową”**

Nazwa Oferenta	
Adres Oferenta	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe ogłoszone przez Pallmed sp. z o. o. z siedzibą w Bydgoszczy przy ul. Roentgena 3, oświadczam, że spełniam wymagania stawiane Oferentowi w niniejszym zapytaniu ofertowym i składam ofertę poniższej treści **na dostawę sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego**

w celu prowadzenia przez Pallmed sp. z o. o. działalności określonej w projekcie „Stworzenie skoordynowanego systemu pomocy dla mieszkańców subregionu bydgoskiego w oparciu o funkcjonowanie DDOM oraz medyczną opieką domową”.

Ramowy termin realizacji zamówienia: 01.07.2019r. – 05.07.2019r .

Szczegółowy opis wymagań dotyczący sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego w dziennym domu opieki medycznej znajduje się w *Standardzie dziennego domu opieki medycznej* z września 2017 roku, w punkcie X, podpunkt 8 i 10, stanowiącym Załącznik nr 3.

Zakres rzeczowy	Ilość sztuk	Opis Urządzenia- parametry techniczne (WYPEŁNIA OFERENT)	Cena urządzeń
			netto
			VAT
			brutto
aparat EKG	3		
zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej	3		
aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi	3		
zestaw do reanimacji z wyposażeniem	3		

glukometr wraz z paskami do pomiaru	6		
stetoskop lekarski	6		
kule	30		
laski	30		
balkonik podpórkowy	3		
Chodzik czterokołowy	6		
wózek inwalidzki	9		
piłki gimnastyczne	30		
laski do ćwiczeń	30		
drabinka gimnastyczna pojedyncza	3		
materac gimnastyczny	6		
rotor do ćwiczeń kończyn górnych rehabilitacyjny	6		
rotor do ćwiczeń kończyn dolnych rehabilitacyjnych	6		
stół rehabilitacyjny	3		
UGUL wraz z osprzętem	3		
aparat do krioterapii miejscowej -	3		

przenośny z dwoma dyszami			
stół do masażu przenośny	3		
stół do masażu stacjonarny	3		
aparat do elektrolecznictwa (zestaw)	3		
aparat do światłolecznictwa	3		
urządzenie do leczenia polem elektromagnetycznym	3		

Suma składowych oferty:

netto:

VAT:

brutto:

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam,
że dane zawarte w formularzu oferty są zgodne z prawdą.

.....
*miejsowość, data, pieczęć i podpis osoby/osób
uprawnionych do podejmowania decyzji
w imieniu Oferenta*