

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**do Zapytania ofertowego nr 1/2026 z dnia 27.07.2026 r.**

**Zamawiający:** ALVITA Zabielska i Partnerzy Spółka Partnerska Lekarzy, ul. Kaprysowa 7, 20-843 Lublin

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Nazwa wykonawcy / dostawcy</b> |  |
| <b>Adres</b>                      |  |
| <b>NIP</b>                        |  |
| <b>Telefon</b>                    |  |
| <b>E-mail</b>                     |  |

Niniejszym, po zapoznaniu się z treścią zapytania ofertowego oraz jego załącznikami, w postępowaniu na wykonanie **dostawy fabrycznie nowego sprzętu medycznego na potrzeby placówki POZ w ramach Przedsięwzięcia realizowanego w ramach Projektu grantowego pn. „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)” (Program Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021–2027) – Zapytanie ofertowe nr 1/2026 z dnia 27.07.2026 r.**, w zakresie:

- ☐ Części 1 – sprzęt medyczny (17 pozycji)      ☐ Części 2 – sprzęt medyczny (4 pozycje)  
*(zaznaczyć właściwe; Wykonawca wypełnia w tabelach wyłącznie pozycje części, na którą składa ofertę)*

składamy ofertę na realizację przedmiotowego zamówienia:

**CZĘŚĆ 1 – sprzęt medyczny (planowany termin realizacji do 31.08.2026 r.)**

| Lp. | Nazwa pozycji*                                          | Ilość [szt.] | Cena jedn. netto [zł] | Wartość netto [zł] | Stawka VAT [%] | Wartość brutto [zł] | Okres gwarancji [mies.] |
|-----|---------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|--------------------|----------------|---------------------|-------------------------|
| 1   | Pulsoksymetr                                            | 8            |                       |                    |                |                     |                         |
| 2   | Waga medyczna ze wzrostomierzem                         | 7            |                       |                    |                |                     |                         |
| 3   | Aparat do szybkiej diagnostyki – różne testy, w tym CRP | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| 4   | Otoskop                                                 | 7            |                       |                    |                |                     |                         |
| 5   | Wózek inwalidzki dla osoby dorosłej                     | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| 6   | Waga medyczna dla niemowląt                             | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| 7   | Aparat EKG                                              | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| 8   | Nebulizator                                             | 6            |                       |                    |                |                     |                         |

| Lp.                   | Nazwa pozycji*                                                                                                                 | Ilość [szt.] | Cena jedn. netto [zł] | Wartość netto [zł] | Stawka VAT [%] | Wartość brutto [zł] | Okres gwarancji [mies.] |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|--------------------|----------------|---------------------|-------------------------|
| 9                     | Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (elektroniczny i/lub manualny, różne rozmiary, w tym komplet mankietów dla dzieci) | 8            |                       |                    |                |                     |                         |
| 10                    | E-stetoskop                                                                                                                    | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| 11                    | Stetoskop (zwykły, internistyczny, pediatryczny)                                                                               | 8            |                       |                    |                |                     |                         |
| 12                    | Aparat EKG mobilny                                                                                                             | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| 13                    | Detektor przepływu Doppler                                                                                                     | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| 14                    | Dermatoskop                                                                                                                    | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| 15                    | Termometr elektroniczny                                                                                                        | 9            |                       |                    |                |                     |                         |
| 16                    | Kozetka lekarska                                                                                                               | 6            |                       |                    |                |                     |                         |
| 17                    | Lampa UV bakterio- i wirusobójcza                                                                                              | 8            |                       |                    |                |                     |                         |
| <b>RAZEM CZĘŚĆ 1:</b> |                                                                                                                                |              | —                     |                    | —              |                     | —                       |

**CZĘŚĆ 2 – sprzęt medyczny (planowany termin realizacji do 30.09.2026 r.)**

| Lp.                   | Nazwa pozycji*                                           | Ilość [szt.] | Cena jedn. netto [zł] | Wartość netto [zł] | Stawka VAT [%] | Wartość brutto [zł] | Okres gwarancji [mies.] |
|-----------------------|----------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|--------------------|----------------|---------------------|-------------------------|
| 1                     | Spirometr                                                | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| 2                     | Waga z analizatorem masy ciała (analizator składu ciała) | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| 3                     | Lodówka z monitoringiem temperatury                      | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| 4                     | Wizualizator naczyń (skaner żył)                         | 1            |                       |                    |                |                     |                         |
| <b>RAZEM CZĘŚĆ 2:</b> |                                                          |              | —                     |                    | —              |                     | —                       |

\* W kolumnie „Nazwa pozycji” Wykonawca może dodatkowo wskazać producenta, model/typ oraz rok produkcji oferowanego sprzętu (nazwa wyrobu musi być zgodna z nazwą nadaną przez producenta). Ceny jednostkowe obejmują wszystkie koszty realizacji wskazane w zapytaniu ofertowym, w tym transport, wniesienie, montaż, uruchomienie oraz – jeżeli dotyczy – przeszkolenie personelu w zakresie obsługi.

**Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym:**

|                                                                        |                                                     |    |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----|
| <b>Termin realizacji – do dnia:</b>                                    | Część 1: ..... ;<br>Część 2: .....                  |    |
| <b>CZĘŚĆ 1 – cena ofertowa netto</b>                                   |                                                     | zł |
| CZĘŚĆ 1 – podatek VAT                                                  | ..... %                                             | zł |
| <b>CZĘŚĆ 1 – cena ofertowa brutto</b>                                  |                                                     | zł |
| <b>CZĘŚĆ 2 – cena ofertowa netto</b>                                   |                                                     | zł |
| CZĘŚĆ 2 – podatek VAT                                                  | ..... %                                             | zł |
| <b>CZĘŚĆ 2 – cena ofertowa brutto</b>                                  |                                                     | zł |
| <b>Oferowany okres gwarancji (min. 12 miesięcy dla każdej pozycji)</b> | Część 1: ..... miesięcy;<br>Część 2: ..... miesięcy |    |

Słownie złotych brutto (odrębnie dla każdej oferowanej części):

Część 1:

.....

Część 2:

.....

**Ponadto oświadczamy, że:**

1. Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia jej przesłania.
2. Przedmiot zamówienia zostanie wykonany w terminie wskazanym w zapytaniu ofertowym.
3. Oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, nieużywany, kompletny, wolny od wad oraz dopuszczony do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami o wyrobach medycznych (posiada deklarację zgodności i oznakowanie CE, a jeżeli dotyczy – wpis/zgłoszenie do właściwego rejestru wyrobów medycznych).
4. Posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia i prowadzimy działalność gospodarczą w zakresie dostaw sprzętu i wyposażenia medycznego (w zakresie części, na którą składamy ofertę).
5. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego.

---

*Miejscowość, data, podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**Załączniki do oferty:**

- Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym (Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego)
- Oświadczenie o braku wykluczenia z postępowania w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego)