

**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

**I. DANE WYKONAWCY:**

PEŁNA NAZWA WYKONAWCY: .....  
ADRES WYKONAWCY: .....  
WOJEWÓDZTWO: .....  
REGON: ..... NIP: ..... KRS: ..... (JEŻELI DOTYCZY)  
BANK I NUMER  
KONTA .....  
TEL. .... FAX: ..... MAIL: .....  
OSOBA DO KONTAKTU (TEL.; MAIL) .....

**UWAGA** - W WYPADKU, GDY WYKONAWCĄ JEST OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ W OFERCIE NALEŻY PODAĆ ADRES ZAMIESZKANIA I PESEL NA ODRĘBNYM DOKUMENCIE (DOKUMENT TEN NIE BĘDZIE UDOSTĘPNIANY INNYM WYKONAWCOM).

**Wykonawca jest mikro, małym, średnim, dużym przedsiębiorcą\* -->\* **proszę podkreślić****

**II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym **PN 56/24 - Dostawa, montaż, uruchomienie aparatu RTG z Telekomando – 1 szt., w związku z realizacją projektu: „Zakup nowoczesnego sprzętu medycznego w celu podniesienia jakości usług medycznych świadczonych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu”, zgodnie z warunkami określonymi w SWZ, oferujemy wykonanie przedmiotu<sup>1</sup> zamówienia:**

**1. Zadania/zadań nr ..... zgodnie z: - Załącznikiem nr 1a do SWZ (OPZ Telekomando ze statywem i drugim detektorem), Załącznikiem nr 1b do SWZ (OPZ stacja opisowa) oraz „ Warunkami umowy” - załącznik nr 4 do SWZ.**

<sup>1</sup>Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.  
Proszę powtórzyć odpowiednią ilość razy stosownie do oferowanego przedmiotu zamówienia

**2. Cena oferty brutto za realizację całego zamówienia wynosi:**

**Zadanie 1. Dostawa, montaż, uruchomienie aparatu RTG z Telekomando  
– 1 szt.,**

- .....zł NETTO

(słownie..... zł)

- podatek od towarów i usług (VAT), wg stawki:.....% .....%

w kwocie.....zł (słownie.....zł)

**RAZEM:**

- .....zł BRUTTO

(słownie.....zł)

Oferowana cena brutto obejmuje:

- cenę netto oferowanego produktu,
- koszty ubezpieczenia,
- podatek VAT.

oraz wszelkie inne koszty niewymienione wyżej, a konieczne do należytego wykonania przedmiotu zamówienia.

**3. Oferujemy okres gwarancji na przedmiot zamówienia:**

**- dla Zadania nr 1\* .....(min. 24 m-ce lub 36 m-cy)\*\***

\*należy uzupełnić

\*\*kryterium punktowane patrz SWZ pkt 14.4.3 oraz 14.6.

**4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA I TERMIN DOSTAWY:**

Termin realizacji przedmiotowego zamówienia:

**- dla Zadania 1 – ostateczne termin realizacji – do 30.11.2024r.**

POROZUMIENIE NR DZ-N/11/2024 z 14.02.2024r. w sprawie dotacji na realizację zadania pn:  
„Zakup nowoczesnego sprzętu medycznego w celu podniesienia jakości usług medycznych  
świadczonej przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu”

## 5. WARUNKI PŁATNOŚCI

1. Należność za realizację w/w przedmiotu zamówienia, nastąpi w PLN przelewem na konto Wykonawcy, za faktycznie wykonaną dostawę w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury.
2. Koszty obsługi bankowej powstałe w banku Zamawiającego pokrywa Zamawiający, koszty obsługi bankowej powstałe poza bankiem Zamawiającego pokrywa Wykonawca.

## 6. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

1. Zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Wszystkie załączniki do oferty stanowią integralną część oferty.
3. Akceptujemy wskazany w SWZ czas związania ofertą – tj. **90 dni**. Bieg terminu związania z ofertą rozpoczyna się wraz upływem terminu składania ofert.
4. Powierzmy niżej wymienionym podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia: \*
  - 4.1. .... (część zamówienia) - ..... (firma podwykonawcy).
  - 4.2. .... (część zamówienia) - ..... (firma podwykonawcy).
  - 4.3. .... (część zamówienia) - ..... (firma podwykonawcy).

\* (wypełnić w przypadku udziału podwykonawców albo wykreślić lub pozostawić bez wypełnienia, jeśli nie dotyczy).
5. Akceptujemy zawarty w SWZ wzór umowy (Załącznik nr 4 do SWZ) i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do podpisania umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. **Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert.**
7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 ROD01) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

Informujemy, że dokumenty rejestrowe, znajdują się w formie elektronicznej pod następującymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych (należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat)

☐ <https://prod.ceidg.gov.pl>

☐ <https://ems.ms.gov.pl>

☐ Inne.....

Pozostałe dokumenty, potwierdzające okoliczności, o których mowa w art. 57 ustawy PZP, które Zamawiający posiada lub może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych:

1) .....

2) .....

3) .....

*W przypadku wskazania przez Wykonawcę oświadczeń lub dokumentów będących w posiadaniu Zamawiającego (np. z innych postępowań) należy podać numer referencyjny tego postępowania lub inną jednoznaczną informację pozwalającą zidentyfikować taki dokument/oś.*

8. Działając w imieniu i z upoważnienia ZARZĄDU FIRMY\*\*

..... ,

- oświadczam na podstawie art. 225 ustawy PZP, iż wybór Wykonawcy **nie będzie/będzie\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

**\* niepotrzebne skreślić**

**\*\* wpisać**

9. Ofertę niniejszą składamy na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

*(Data, pieczęć i podpis osoby/osób  
uprawnionej/-ych do podejmowania  
zobowiązań)*

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty- załączniki:

Załącznik Nr 1- .....

Załącznik Nr 2- .....

Załącznik Nr ...- .....

POROZUMIENIE NR DZ-N/11/2024 z 14.02.2024r. w sprawie dotacji na realizację zadania pn:  
„Zakup nowoczesnego sprzętu medycznego w celu podniesienia jakości usług medycznych  
świadczonej przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu”