**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego**

**FORMULARZ OFERTY**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

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

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

Strona internetowa: ……………………………….

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

Numer Regon: ………………………… Numer NIP: ………………………………………..

Adres poczty elektronicznej do przesyłania przez Wykonawcę w formie elektronicznej faktur oraz ich korekt, a także innych dokumentów i korespondencji związanej z dochodzeniem należności wynikających z tych faktur.: …………………

Osobą upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest:…………………………………………..……………

Osoba/y, które będą podpisywać umowę ............................................................................................

**PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA**

**Sp. z o. o.**

**ul. Szpitalna 30**

**88-400 Żnin**

1. W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty cenowej na dostawę ***Opatrunków w Grupach 1 - 9***, dla potrzeb Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie, składamy ofertę w niżej wymienionym zakresie:

**pozycja .............** (*wpisać nr pozycji*),zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym (Załącznik nr 2).

1. Proponowana cena obejmuje dostawę w/w asortymentu w czasie ściśle określonym tj.:  **12 miesięcy** od dnia zawarcia umowy.
2. Oświadczamy, że akceptujemy warunki i sposób realizacji zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, do zawarcia umowy w terminie i na warunkach wymienionych przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym nr PCZ/II-ZP/01/2024.
3. Dostawy odbywać się będą sukcesywnie, na pisemne zamówienie Zamawiającego w ciągu maksymalnie 5 dni kalendarzowych od otrzymania zapotrzebowania.
4. **Oświadczam,** że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Deklarujemy **60 dniowy** termin płatności od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.
6. **Oświadczam**, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
7. **Oświadczam,** że wszystkie produkty zakwalifikowane jako wyroby medyczne posiadają dokumenty potwierdzające dopuszczenie ich do obrotu na terenie RP zgodnie z ustawą z 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 974 – t.j. ze zm.). oraz być oznakowane zgodnie z przepisami.
8. **Oświadczam**, że oferowany w w/w postępowaniu asortyment spełnia właściwe dla każdego z nich wymogi jakościowe określone w Załączniku nr 2 do SWZ i na każde wezwanie Zamawiającego przedstawimy dokumenty potwierdzające zgodność asortymentu z wymaganiami Zamawiającego.
9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia.
10. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
11. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

**Podpis składany jest w formie elektronicznej.**