Załącznik nr 1 do SWZ

**11/AMB/2022 - część nr 2**

**FORMULARZ OFERTOWY** (strona pierwsza)

**Wykonawca : ......................................................................................................................**

**Adres : ................................................................................................................................**

**Dane kontaktowe : Nr telefonu : …..………………. nr faxu : …….………………………**

**adres e-mail : .................................................................................**

**składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ**

**Dostawa : „dostawa defibrylatora transportowego 3 sztuki , model ……………………………….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Wartość netto | Podatek VAT | Cena brutto |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| **1** | **Defibrylator 3 szt.** |  |  |  |

**Oświadczam, że :**

Zapoznałem się z wszystkimi szczegółami dotyczącymi przygotowania oferty i realizacji zamówienia.

 Zapoznałem się z projektem umowy, akceptuje jego treść i zobowiązuje się do podpisania umowy jeżeli jego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza.

1. **Cena oferty wynosi :**

 a) wartość (bez podatku VAT) (kol. 3) : ................................. PLN

 (słownie: .......................................................................................................................................);

 b) Podatek VAT (kol,4): .......................................................... PLN

 (słownie: ........................................................................................................................................);

 **c) cena (zawiera podatek VAT)** (kol. 5**): ................................ PLN**

 (słownie: ..........................................................................................................................................).

1. Wartość (bez podatku VAT) zawiera: koszty transportu, koszty ubezpieczenia, koszty opakowania oraz wszelkie inne składowe za wyjątkiem **podatku** **VAT**.
2. Oferuję **okres gwarancji** na dostarczony sprzęt medyczny **: …………………. miesięcy.** **\***
3. Wybór oferty **będzie**/**nie będzie \*\*\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

Jeśli będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego należy :

1. wskazać nazwę towaru, których dostawa będzie prowadziła do powstania obowiązku podatkowego,……………………………………………………………………………………………….; \*\*
2. wskazać wartość towaru objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego bez kwoty podatku

 ……………………………………………………………………………………………………………….; \*\*

1. wskazać stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie………………………………………………………………………………………………. .\*\*
2. Termin płatności (30 dni od daty wystawienia faktury za wykonaną dostawę).
3. Wniosłem wymagane wadium w wysokości ..................... PLN, w formie ....................................

 które należy zwrócić na adres / konto : ............................................................................................ .

1. Osoba: wpisać imię, nazwisko, numer telefonu – uprawniona do kontaktów w sprawie realizacji umowy: …………………………………………………………………………………………………………………… .
2. Dane serwisu gwarancyjnego do zgłaszania awarii : adres: ……………………………………………… ,

 tel. …………………………………, adres e-mail ………………………………………………………. .

1. Osoba: wpisać imię , nazwisko, stanowisko – uprawniona do podpisania umowy (podpisująca umowę w przypadku wybrania oferty): ………………………………………………………… .
2. Zamówienie zrealizuję **sam** / **przy udziale podwykonawców: \*\*\***
	1. określenie części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom *(jeżeli części te realizowane są z udziałem podwykonawców)*:

 ……………………………………………………………………………………………… .

* 1. podać firmy, które będą podwykonawcami części zamówienia określonej w pkt. a)

 ……………………………………………………………………………………………….. .

1. Firma, którą reprezentuję **jest :**
	* + - 1. mikro-przedsiębiorstwem; \*\*
				2. małym przedsiębiorstwem; \*\*
				3. średnim przedsiębiorstwem; \*\*
				4. jednoosobową działalnością gospodarczą; \*\*
				5. osoba fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej; \*\*
				6. inny rodzaj: ………………………………………………………………… *(wpisać jakim…)*.

 *\** ***kryterium oceny ofert***

 *\*\* zaznaczyć odpowiedni pkt.*

*\*\*\* niepotrzebne skreślić*

 ………………………..

 podpisWykonawcy

**UWAGA !**

**Zaleca się po wypełnieniu formularzy zapisać je do pliku „.pdf „ i dopiero tak przygotowany plik podpisać – zalecany podpis wewnętrzny „ pades”.**

**Dokument należy podpisać i złożyć zgodnie z wymaganiami opisanymi w SWZ.**