

(pieczęć Wykonawcy)	Załącznik nr 1 do SWZ		
	Strona nr z ogólnej liczby		stron.

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa :

Adres e-mail :

Siedziba:

Telefon / faks

NIP:

REGON:

Nr KRS/ ewidencji gospodarczej¹:

Osoba upoważniona do podpisania umowy w przypadku uzyskania zamówienia:

.....

Wykonawca jest mikro/małym/średnim przedsiębiorstwem* TAK , NIE

Nawiązując do ogłoszenia o postępowaniu nr **1/TP/D/2021** prowadzonym w trybie podstawowym zgodnie art. 275 ust. 1 z ustawą Prawo Zamówień Publicznych na **dostawę środków dezynfekcyjnych do Sterylizatorni** oferujemy następujące warunki realizacji dostaw:

I.p.	Wartość brutto (cyfrowo i słownie)
1.	

(zgodnie z danymi zawartymi w Załączniku nr 7 do SWZ, który stanowi treść niniejszej oferty).

Termin płatności wynosi 60 dni i liczony jest od daty otrzymania poprawnie wystawionej faktury przez Zamawiającego.

W zaoferowaną cenę zostały wliczone wszelkie koszty, jakie Wykonawca będzie musiał ponieść w celu realizacji przedmiotu zamówienia, w tym koszty dostawy a nadto wszelkie należne cła i podatki, w tym podatek od towarów i usług VAT.

Towary dostarczane będą do Apteki Zakładowej SPWZOZ w Stargardzie, ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard. Osobami upoważnionymi do odbioru i rozliczenia ilości towaru jest Kierownik Apteki Zakładowej lub inna osoba wskazana przez Zamawiającego.

¹ Niepotrzebne skreślić

Dostawy będą realizowane w dniach roboczych (tj. od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem przypadających w tym terminie dni ustawowo wolnych od pracy) w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od złożenia zamówienia (telefonicznie, faxem lub za pomocą poczty elektronicznej) przez Zamawiającego.

Wykonawca zobowiązany jest każdorazowo na wezwanie Zamawiającego, na podstawie zamówienia dostarczyć ilość sztuk asortymentu objętego zamówieniem bez względu na sposób jego pakowania.

Zamawiający informuje, iż w przypadku gdy dla jednej pozycji Wykonawca oferuje produkty o różnych (kilku) numerach katalogowych w kolumnie „Oferowany produkt” lub ”nr katalogowy/typ/model” Wykonawca winien wpisać wszystkie oferowane numery katalogowe.

Jeżeli w wyniku przeliczeń wychodzi wartość ułamka należy podać wartość/ilość do dwóch miejsc po przecinku.

Informujemy że:

1. wybór oferty będzie/nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego*
 2. wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to..... zł netto*.
- I. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
 - II. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ – **30 dni**.
 - III. Oświadczamy, że zawarty w SWZ projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
 - IV. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie warunki określone w SWZ oraz złożyliśmy wszystkie wymagane dokumenty potwierdzające spełnianie tych warunków.
 - V. Oświadczamy, że posiadamy dostęp do wolnych środków finansowych lub zdolność kredytową zapewniającą wykonanie zamówienia przy założeniu, że zapłata za zrealizowane zamówienie nastąpi w terminie 60 dni od dnia otrzymania faktury, zapewni stałość cen w trakcie trwania umowy.
 - VI. Oświadczamy, że zaoferowane przez nas produkty medyczne są aktualne i dopuszczenia do obrotu na terenie RP, posiadają certyfikaty lub deklaracji zgodności dla oferowanych produktów, spełniają normy i wymogi dookreślonych przepisami w ramach danego produktu.
 - VII. Oświadczamy, że zaoferowane przez nas produkty są zgodne z dyrektywami, normami, posiadają karty charakterystyk, potwierdzenia skuteczności działania wydane przez akredytowane jednostki certyfikujące, są aktualne i dopuszczone do obrotu na terenie RP, posiadają certyfikaty lub deklaracje zgodności dla oferowanych produktów, spełniają normy i wymogi dookreślone przepisami obowiązującymi w ramach danego asortymentu.

- VIII. Oświadczamy, że przetwarzamy dane osobowe zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), oraz zobowiązujemy się do poinformowania podwykonawców o konieczności przestrzegania przez nich w/w przepisów przy wykonywaniu przedmiotu zamówienia.
- IX. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO stanowiący informacje znajdującą się na stronie internetowej Samodzielnego Publicznego Wielospecjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stargardzie pod adresem www.zozstargard.pl, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o realizację niniejszego zamówienia.
- X. Oświadczamy, że powierzmy podwykonawcom wykonanie następującej części zamówienia (jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców):

L.p.	Powierzona podwykonawcy do wykonania część zamówienia	Firma podwykonawcy wykonująca dana część zamówienia jeżeli jest znana na etapie składania ofert
1.		
2.		

Załącznikami do oferty są :

1. itd.

Upoważniony Przedstawiciel Wykonawcy

.....
(podpis i pieczęć)

Data:.....

.....
*Uzupełnić lub niepotrzebne skreślić.