*Załącznik nr 1 do SWZ*

IZP.2411.214.2023.AJ

**FORMULARZ OFERTY**

**Dot. postępowania na:** **„Zakup i dostawę wyposażenia medycznego z przeznaczeniem dla Bloku Operacyjnego Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”**

1. **Dane Wykonawcy:**

.......................................................................................................................................................................................

ul. .....………….............................................. kod pocztowy, miasto ……………………………………………………………………………

województwo……………………………………………………..…… kraj………………………………..………………………................................

REGON ………………………..……………… NIP ……………………………………..……

tel. …………………………………………. e-mail ……………………………………………

Wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego\* przez Sąd Rejonowy ……………………..…….………………………………… Wydział ………..…….…….….………..………………………………..…………. pod numerem KRS: ………………………...….………., kapitał zakładowy: ………………………..………………………..

Wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*

*\* niepotrzebne skreślić*

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej umowę w imieniu firmy podpiszą:

…………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko)*

Imię i nazwisko oraz nr tel. kontaktowego do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty: …………………………………….…………

1. **Dane Wykonawcy:**

........................................................................................................................................................................................

ul. .....………….............................................. kod pocztowy, miasto ……………………………………………………………………………

województwo……………………………………………………..…… kraj………………………………..……………………….................................

REGON ………………………..……………… NIP ……………………………………..……

tel. …………………………………………. e-mail ……………………………………………

\* *w przypadku potrzeby powielić liczbę wierszy dotyczących Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*

* + - 1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym Specyfikacją warunków zamówienia za cenę całkowitą ustaloną zgodnie z formularzem cenowym tj.:

**Pakiet nr 1**

**Zakup i dostawa platformy elektrochirurgicznej z akcesoriami:**

**netto ................................... zł.** słownie...................................................................................................................................….................................

+ VAT ..........................

**brutto ................................... zł.** słownie......................................................................................................................................................................

**Termin gwarancji ……… miesięcy (min. 24 miesiące, max 60 miesięcy)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pakiet nr 2**

**Zakup i dostawa diatermii chirurgicznej z akcesoriami:**

**netto ................................... zł.** słownie...................................................................................................................................….................................

+ VAT ..........................

**brutto ................................... zł.** słownie......................................................................................................................................................................

**Termin gwarancji ……… miesięcy (min. 24 miesiące, max 60 miesięcy)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pakiet nr 3**

**Zakup i dostawa ssaków chirurgicznych:**

**netto ................................... zł.** słownie...................................................................................................................................….................................

+ VAT ..........................

**brutto ................................... zł.** słownie......................................................................................................................................................................

**Termin gwarancji ……… miesięcy (min. 24 miesiące, max 60 miesięcy)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pakiet nr 4**

**Zakup i dostawa zestawu do detekcji węzła wartowniczego:**

**netto ................................... zł.** słownie...................................................................................................................................….................................

+ VAT ..........................

**brutto ................................... zł.** słownie......................................................................................................................................................................

**Termin gwarancji ……… miesięcy (min. 24 miesiące, max 60 miesięcy)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pakiet nr 5**

**Zakup i dostawa dermatomu wraz z oprzyrządowaniem:**

**netto ................................... zł.** słownie...................................................................................................................................….................................

+ VAT ..........................

**brutto ................................... zł.** słownie......................................................................................................................................................................

**Termin gwarancji ……… miesięcy (min. 24 miesiące, max 60 miesięcy)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pakiet nr 6**

**Zakup i dostawa aparatu kriochirurgicznego:**

**netto ................................... zł.** słownie...................................................................................................................................….................................

+ VAT ..........................

**brutto ................................... zł.** słownie......................................................................................................................................................................

**Termin gwarancji ……… miesięcy (min. 24 miesiące, max 60 miesięcy)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* + - 1. Oświadczamy, że podane w ofercie ceny są całkowite i zawierają wszelkie koszty, jakie poniesie Zamawiający   
         z tytułu realizacji Umowy.
      2. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym   
         i faktycznym.
      3. Oświadczamy, że:
         1. wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*,
         2. wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w związku   
            z czym przedstawiamy informacje dotyczące nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego oraz wskazujemy ich wartość bez kwoty podatku\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi** | **Wartość netto towaru lub usługi** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

***\* niepotrzebne skreślić***

* + - 1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją dotyczącą niniejszego postępowania, uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia publicznego oraz przyjmujemy warunki określone w  SWZ i nie wnosimy w stosunku do nich żadnych zastrzeżeń. Jednocześnie uznajemy się związani określonymi w dokumentacji postępowania wymaganiami i zasadami postępowania i zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z określonymi warunkami.
      2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres określony w SWZ.
      3. Oświadczamy, że wzór umowy oraz zawarte w nim warunki realizacji, w tym terminy wykonania zamówienia i warunki płatności zostały przez nas zaakceptowane.
      4. Oświadczamy, iż w przypadku uzyskania zamówienia:
         1. całość prac objętych zamówieniem wykonam siłami własnymi\*,
         2. zaangażujemy podwykonawców do realizacji przedmiotu zamówienia\*:

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

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

*(w przypadku korzystania z usług podwykonawcy wskazać dokładne nazw /firmy podwykonawców oraz zakres powierzonych im zadań)*

***\* niepotrzebne skreślić***

* + - 1. Wielkość przedsiębiorstwa:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mikroprzedsiębiorstwo** | **Małe przedsiębiorstwo** | **Średnie Przedsiębiorstwo** | **Duże przedsiębiorstwo** |
|  |  |  |  |
| **Należy dokonać wyboru jednego wariantu poprzez wpisanie „TAK” lub umieszczenie symbolu „X”** | | | |

* + - 1. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się   
         o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[2]](#footnote-2).
      2. Rodzaj podpisu, za pomocą którego podpisano dokumenty ofertowe (wypełnienie nieobowiązkowe):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [**Kwalifikowany  podpis elektroniczny**](https://www.nccert.pl/) | [**Podpis zaufany**](https://moj.gov.pl/nforms/signer/upload?xFormsAppName=SIGNER) | [**Podpis osobisty**](https://www.gov.pl/web/mswia/oprogramowanie-do-pobrania) |
|  |  |  |
| **Należy dokonać wyboru jednego wariantu poprzez wpisanie „TAK” lub umieszczenie symbolu „X”** | | |

* + - 1. Osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia jest: …………….…………………………… nr telefonu: ………………………… nr faxu: …………………………… e-mail: …………………………………….…………………….

1. *rozporządzenie 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)* [↑](#footnote-ref-1)
2. *W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)* [↑](#footnote-ref-2)