## logo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi flaga Polska godło Polskie logo Centrum Symulacji Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

## Załącznik nr 1 do SWZ

Nr postępowania: ZP/109/2023

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź

**Formularz oferty**

Dane Wykonawcy:

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

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

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

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:

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

Nr telefonu: ………………………………………………………, e-mail: …………………………………………………………….…..……...

Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dane teleadresowe: e-mail ……………………………………………………………… nr tel: …………………………………………

Nr rachunku bankowego Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………

Oferta Wykonawcy:

w postępowaniu o udzieleni zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym – art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych na:

**Wyposażenie sal symulacyjnych w łóżka pacjenta i wózki medyczne w ramach projektu   
„Centrum Symulacji Medycznych – rozbudowa”**

oferujemy wykonanie zamówienia według kryteriów:

Pakiet I

Kryterium nr 1 – Cena (waga kryterium 100%):

Cena netto: ………………………….. zł, stawka VAT: ………%, co stanowi:

Cena brutto: …………………………. zł

W TYM:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Liczba szt. | Cena netto  za 1 szt. | VAT % | Cena brutto  za 1 szt. | Wartość netto | Wartość brutto |
| Łóżko szpitalne z wyposażeniem Model ………….  Producent ……………. | 5 |  |  |  |  |  |
| Łóżko szpitalne dziecięce  Model ………….  Producent ……………. | 2 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RAZEM: |  |  |

Pakiet II

Kryterium nr 1 – Cena (waga kryterium 100%):

Cena netto: ………………………….. zł, stawka VAT: ………%, co stanowi:

Cena brutto: …………………………. zł

W TYM:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Liczba szt. | Cena netto  za 1 szt. | VAT % | Cena brutto  za 1 szt. | Wartość netto | Wartość brutto |
| Wózek resuscytacyjny /reanimacyjny z wyposażeniem  Model ………….  Producent ……………. | 4 |  |  |  |  |  |
| Wózek medyczny – transportowy dwusegmentowy  Model ………….  Producent ……………. | 3 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RAZEM: |  |  |

Oświadczenia Wykonawcy:

* 1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminie określonym w SWZ oraz we Wzorze umowy.
  2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
  3. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym ze Wzorem umowy, akceptujemy je i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
  4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ w ust. 11.1.
  5. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienie nastąpi na zasadach opisanych we Wzorze umowy, w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
  6. Oświadczamy, że wykonujemy działalność jako **(właściwe zaznaczyć znakiem X):**

| Zaznaczyć odpowiednie pole | Podział działalności gospodarczej ze względu na wielkość (rodzaj) |
| --- | --- |
|  | mikroprzedsiębiorstwo (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR) |
|  | małe przedsiębiorstwo (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR) |
|  | średnie przedsiębiorstwo (to przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR) |
|  | jestem dużym przedsiębiorstwem |
|  | prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą |

* 1. Oświadczam, że :

zamierzam powierzyć realizację zamówienia podwykonawcom (wypełnić o ile są znani na tym etapie):

Podwykonawca nr 1

* Nazwa i adres podwykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Rodzaj powierzonej części zamówienia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Podwykonawca nr 2

* Nazwa i adres podwykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Rodzaj powierzonej części zamówienia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:

* 1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
  2. Osobą upoważnioną z kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Spis treści

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

* 1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………
  2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
  3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Formularz oferty – musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.