**Załącznik nr 1 do SWZ**

**nr PZS/TP/17/2024**

**„Dostawa gazów medycznych wraz z napełnieniem i dzierżawą zbiornika tlenu medycznego oraz butli na gazy medyczne dla Powiatowego Zespołu Szpitali"**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_ r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KRS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Województwo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osoba reprezentująca Wykonawcę do wpisania w umowie (uzupełnić obowiązkowo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deklaracja odnośnie sposobu podpisania umowy: podpis odręczny / podpis kwalifikowany (zaznaczyć właściwe)

Osoba do kontaktów w trakcie postepowania (Imię, Nazwisko, nr telefonu, adres e-mail)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osoba do kontaktów w trakcie realizacji umowy (Imię, Nazwisko, nr telefonu, adres e-mail)

­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zadania** | **Wartość netto na 24 m-ce** | **VAT%** | **Wartość brutto na 24 m-ce** | | **Termin dostawy** | | **uwagi** |
| **Zadanie nr 1** |  |  |  | |  | |  |
| **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |
| **Zadanie nr 2** |  |  |  | |  | |  |
| **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |
| **Zadanie nr 3** |  |  |  |  | |  | |
| **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |
| **Zadanie nr 4** |  |  |  |  | |  | |
| **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |

\* wpisać pakiety, których dotyczy oferta

**Niniejszym oświadczam, że Wykonawca jest gotowy do realizacji zamówienia na warunkach określonych   
przez Zamawiającego w treści ogłoszenia o zamówieniu oraz w niniejszej ofercie.**

Załączniki do oferty:

1. Formularz cenowy – Zał. nr 5 zadanie - ………
2. Oświadczenie art.125 ustawy PZP
3. Wykaz dostaw, zał. nr 6

Oświadczamy, że:

1. Jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni od upływu ostatecznego terminu składania ofert.
2. Oświadczamy, że wszystkie oferowane przez nas produkty składające się na przedmiot zamówienia posiadają wszelkie wymagane przepisami prawa dopuszczenia i atesty oraz spełniają wymagania określone obowiązującymi przepisami prawa.
3. Akceptujemy istotne postanowienia umowy (wzór umowy zał. nr 3) i zobowiązujemy się w razie wybrania naszej oferty do podpisania umowy zgodnie z wymogami określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że przeprowadzimy co najmniej jedno szkolenie dla personelu medycznego dotyczącego obsługi.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacja Warunków Zamówienia i że spełniamy wszystkie zawarte w niej wymagania, przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty.

Składając ofertę w przedmiotowym postępowaniu oświadczam, że **wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO** (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)  wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu (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).

---------------------------------------

Informacja dla Wykonawcy:

Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu.