|  |
| --- |
| **Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu  SP ZOZ  ul. Rycerska10**  **60-346 Poznań** |

**OFERTA WYKONAWCY**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **Zakup sprzętu medycznego jedno- i wielorazowego użytku oraz akcesoriów do aparatury medycznej wykorzystywanej przez zespoły ratownictwa medycznego**

ofertę składa:

*Zarejestrowana firma (nazwa albo imię i nazwisko) Wykonawcy*

*....................................................................................................................................................................*

*siedziba lub miejsce zamieszkania Wykonawcy*

*....................................................................................................................................................................*

*nr telefonu oraz adres e-mail: ……………………………………………………………………………*

*REGON: ......................................................., NIP: ...................................................................*

*Nr konta Wykonawcy: ..................................................................................................................*

* + 1. **Wielkość przedsiębiorstwa** (oznaczyć znakiem X lub podobnym):

|  |  |
| --- | --- |
| Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR |  |
| Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR |  |
| Średnie przedsiębiorstwa: 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. |  |
| Żadne z powyższych |  |

* + 1. **Osoba uprawniona do kontaktów:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Nrtelefonu |  |
| Adrese-mail |  |

* + 1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za:**

**Część nr 1:Czujniki, układy oddechowe, odsysanie pacjenta**

**Cena**(brutto): ……………………………… **PLN (w tym podatek VAT ….. %)**

słownie: ……………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| do 7 dni roboczych |  |
| do 5 dni roboczych |  |
| do 3 dni roboczych |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.1

**Część nr 2: Akcesoria do defibrylacji, drobny sprzęt medyczny, opatrunki**

**Cena**(brutto): ……………………………… **PLN (w tym podatek VAT ….. %)**

słownie: ……………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| do 7 dni roboczych |  |
| do 5 dni roboczych |  |
| do 3 dni roboczych |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.2

**Część nr 3: Złącza oddechowe do kapnometrów**

**Cena**(brutto): ……………………………… **PLN (w tym podatek VAT ….. %)**

słownie: ……………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| do 7 dni roboczych |  |
| do 5 dni roboczych |  |
| do 3 dni roboczych |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.3

**Część nr 4: Wkłucia doszpikowe, opaski zaciskowe**

**Cena**(brutto): ……………………………… **PLN (w tym podatek VAT ….. %)**

słownie: ……………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| do 7 dni roboczych |  |
| do 5 dni roboczych |  |
| do 3 dni roboczych |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.4

**Część nr 5: Specjalistyczne opatrunki hydrożelowe**

**Cena**(brutto): ……………………………… **PLN (w tym podatek VAT ….. %)**

słownie: ……………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| do 7 dni roboczych |  |
| do 5 dni roboczych |  |
| do 3 dni roboczych |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.5

* + 1. Oświadczam/Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia zgodnie z postanowieniami SWZ i PPU.
    2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w terminie wskazanym w SWZ.
    3. Zamówienie objęte ofertą zamierzamy wykonać:

1. sami\*
2. zamierzamy zlecić podwykonawcom\*

W przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom – Wykonawca wypełnia poniższe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wskazanie części zamówienia, które zamierzamy zlecić podwykonawcy | Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom | Nazwa i adres firmy  podwykonawczej |
|  |  |  |

* + 1. Oświadczam/Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane   
       w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio zostały pozyskane w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*.
    2. Oświadczam/Oświadczamy, że nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie   
       art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (tj. z dnia 21 marca 2024 r, Dz.U. z 2024 r. poz. 507)
    3. Oświadczam/Oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty:

1. nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*
2. prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*

Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić   
do jego powstania: ..........................................................................………………………

* + - * 1. Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku: ………........ zł
    1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

*…………………………………………*

*(podpisano elektronicznie)*

podpis osoby uprawnionej/upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

*\* - niepotrzebne skreślić*

PLIK NALEŻY PODPISAĆ ELEKTRONICZNYM PODPISEM KWALIFIKOWANYM LUB PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM