|  |
| --- |
| **Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu  SP ZOZ  ul. Rycerskiej 10**  **60-346 Poznań** |

**OFERTA WYKONAWCY**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **„Sukcesywne dostawy produktów leczniczych oraz innych wyrobów medycznych w postaci pasków testowych do samodzielnej kontroli glukozy we krwi, wykorzystywanych przez członków ZRM”** 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 |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

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

**Część nr 1 Leki gotowe, płyny infuzyjne.**

Oferujemy wykonanie zamówienia w pełnym zakresie określonym w SWZ i na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy oraz SWZ za:

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

słownie: ……………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| 24 godzin |  |
| 48 godzin |  |
| 72 godzin |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.1

**Część nr 2 Ticagrelor.**

Oferujemy wykonanie zamówienia w pełnym zakresie określonym w SWZ i na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy oraz SWZ za:

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

słownie: ……………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| 24 godzin |  |
| 48 godzin |  |
| 72 godzin |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.2

**Część nr 3 Paski do pomiaru glukozy we krwi wraz z glukometrami oraz nakłuwacze**

Oferujemy wykonanie zamówienia w pełnym zakresie określonym w SWZ i na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy oraz SWZ za:

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

słownie: ……………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| 24 godzin |  |
| 48 godzin |  |
| 72 godzin |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.3

* + 1. Oświadczam/Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia zgodnie z postanowieniami SWZ i OPZ.
    2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w terminie wskazanym w SWZ.
    3. Deklarujemy realizację zamówienia w terminie wskazanym w ofercie.
    4. Oświadczam/Oświadczamy, że przedmiot zamówienia posiada aktualne karty charakterystyki substancji niebezpiecznych (załącznik do umowy). Zobowiązujemy się do przedłożenia dokumentów określonych wyżej (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) przed podpisaniem umowy, na wezwanie Zamawiającego.
    5. 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 835)
    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