……………………………………………………

|  |
| --- |
| Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu SP ZOZ ul. Rycerskiej 1060-346 Poznań |

 *pieczęć firmowa*

**OFERTA WYKONAWCY**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym 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: ………………………………………………………………………………………………*

*adres skrzynki ePUAP, na którym prowadzona będzie korespondencja związana z postępowaniem*

*………………………………………………………………………………………………………..…………………..……...*

*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.**

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto | Wartość Brutto |
|  |  |

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: ……………………………………………………….

**Zobowiązujemy się do dostawy zamawianego towaru w ciągu 24 godzin od złożenia zamówienia.**

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.1

**Część nr. 2 Ticagrelor.**

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto | Wartość Brutto |
|  |  |

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: ……………………………………………………….

**Zobowiązujemy się do dostawy zamawianego towaru w ciągu 24 godzin od złożenia zamówienia.**

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.2

**Część nr. 3 Clopidogrelum.**

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto | Wartość Brutto |
|  |  |

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: ……………………………………………………….

**Zobowiązujemy się do dostawy zamawianego towaru w ciągu 24 godzin od złożenia zamówienia.**

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.3

**Część nr. 4 Paski do pomiaru glukozy we krwi wraz z glukometrami.**

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto | Wartość Brutto |
|  |  |

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: ……………………………………………………….

**Zobowiązujemy się do dostawy zamawianego towaru w ciągu 24 godzin od złożenia zamówienia.**

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.4

* + 1. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia zgodnie z postanowieniami specyfikacji warunków zamówienia oraz projektowanymi postanowieniami umowy.
		2. Deklarujemy realizację zamówienia w terminie wskazanym w ofercie.
		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 firmypodwykonawczej |
|  |  |  |
|  |  |  |

* + 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 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. Oferta została złożona na ...... zapisanych stronach, kolejno ponumerowanych od nr ....... do nr  .............
		2. Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

 *…………………………………………*

 *(podpisano elektronicznie)*

podpis osoby uprawnionej/upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

*miejscowość, data: ……………………………*

*\* - niepotrzebne skreślić*