

Załącznik nr 2

OFERENT

Medix Sławomir Szwed Spółka komandytowa
Ul. Kokoryczki 18, 04-191 Warszawa
NIP: 113-275-70-83; KRS: 0000325311 REGON: 141785010
KRS dostępny pod adresem:
<https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl/>
Tel. 22 516 98 60;

ZAMAWIAJĄCY

Wielospecjalistyczny Szpital
ul. Szymanowskiego 11
27-400 Ostrowiec Św.
Tel.041- 247-80-00

Pieczęć Oferenta

e-mail: info@medix.com.pl

OFERTA do Sprawy ZP/23/2023

W związku z ogłoszonym postępowaniem w trybie przetargu nieograniczonego na: **zakup specjalistycznego sprzętu medycznego i wyposażenia w celu poprawy dostępności do świadczonych usług medycznych w Wielospecjalistycznym Szpitalu w Ostrowcu Świętokrzyskim.**

I. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym Specyfikacją warunków zamówienia za cenę:

- ... - **pakiet nr 1** W cenie netto: 974 000,00 zł, brutto z 8% i 23% podatkiem VAT 1 070 520,00 zł
słownie jeden milion siedemdziesiąt tysięcy pięćset dwadzieścia złotych 00/100
- ... - **pakiet nr** W cenie netto:zł, brutto z% podatkiem VATzł
słownie.....
- ... - **pakiet nr** W cenie netto:zł, brutto z% podatkiem VATzł
słownie.....

(ceny jednostkowe w załączniku nr 10)

II. Oświadczamy, że:

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń, jak również posiadamy pełne informacje potrzebne i konieczne do przygotowania oferty.
- Oferujemy następujące warunki napraw gwarancyjnych oferowanych urządzeń:
 - lata gwarancji: 3 lata (36 miesięcy) (okres nie krótszy niż 24 m-ce)
 - ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany urządzenia na nowe..... (wymagane max 3 naprawy)
ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany wadliwy element urządzenia na nowy 3 naprawy (wymagane max 3 naprawy) zgodnie z odpowiedziami na pytania z dnia 17.08.2023 r.
- Termin płatność - przelew do 30 dni po otrzymaniu faktury.
- Całość zamówienie zrealizujemy w terminie – do 60 dni od podpisania umowy.
- Oświadczamy, że projekt umowy, stanowiący załącznik do Specyfikacji warunków zamówienia został przez nas zaakceptowany. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych w nich warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- Oświadczamy, że oferowane aparaty i urządzenia medyczne są dopuszczone do obrotu i stosowania oraz posiadają deklarację zgodności CE zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa (Rozdz. I SWZ) i zobowiązujemy się do dostarczenia poświadczających ten fakt dokumentów na każde wezwanie zamawiającego,
- Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji warunków zamówienia, tj. przez okres 90 od ostatecznego terminu otwarcia ofert.
- Oświadczamy, że przedmiotowe zamówienie wykonamy samodzielnie bez współudziału podwykonawców/~~lub~~ powierzymy podwykonawcy.....następujące części zamówienia.....*
- Oświadczamy, że **należymy/nie należymy*** do grupy małych i średnich przedsiębiorstw, zgodnie z definicją MŚP (małe i średnie przedsiębiorstwa) o której mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r., załącznik nr I do Rozporządzenia, art. 2.
- Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO* 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 należy oświadczenie wykreślić i pozostawić wyłącznie oświadczenie z pkt 13)
- Nie przekazuję danych w załączeniu do oferty na adres poczty elektronicznej wskazanej przez Zamawiającego w SWZ osobowych innych niż bezpośrednio mnie dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO*

12. Osobą odpowiedzialną za realizację przedmiotu zamówienia z ramienia Dostawcy będzie:

Tomasz Zaczek email info@medix.com.pl

*** niepotrzebne skreślić**