**Załącznik nr 2 do SWZ – Formularz ofertowy ZMIANA**

.................................. dnia .......................

FORMULARZ OFERTOWY

Ja/my\*, niżej podpisani:

...................................…………......………….................................................................................

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy/ wykonawców występujących wspólnie\*:

(Zarejestrowana nazwa Wykonawcy/ pełnomocnika wykonawców występujących wspólnie\*)

Nazwa wykonawcy: …..............................................................................................................

KRS wykonawcy: …...................................................................................................................

NIP wykonawcy: …....................................................................................................................

REGON wykonawcy: …..............................................................................................................

Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów: …......................................................................

adres wykonawcy: ….................................................................................................................

kod pocztowy i miejscowość: ….................................................................................................

województwo…..........................................................................................................................

telefon: ….................................................................................................................................

faks: …....................................................................................................................................

poczta elektroniczna (e-mail): …..............................................................................................

adres internetowy (URL): …......................................................................................................

kapitał zakładowy: …................................................................................................................

przystępując do prowadzonego przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa

w Lublinie postępowania w trybie podstawowym na: **Dostawę zestawów do redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych w osoczu dedykowane dla urządzenia Mirasol**

składamy niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia i:

Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, zamieszczonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z załącznikami i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach przedstawionych w niniejszej ofercie:

1. Wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu umowy) (cena) netto wynosi: ..............................................

słownie: .........................................................................................................................

Wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu umowy (cena) brutto wynosi ( z podatkiem VAT w stawce.........% i wysokości podatku ……..)
wynosi................................................... słownie: .........................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **KOSZTORYS OFERTOWY** | **Numer katalogowy; Producent\*** |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Ilość sztuk** | **Ilość w opak. \*** | **Ilość pełnych opak.\*** | **Cena jedn.****netto za opak.\*** | **VAT....%****Kwota\*** | **Wartość netto\*** | **Wartość****brutto\*** |
| **1** | **Zestawy do redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych w osoczu dedykowane dla urządzenia Mirasol** | **1 700** |  |  |  |  |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

Uwaga- Podane w tabeli ilości zapotrzebowane przez Zamawiającego są wiążące dla Wykonawców. Jednakże w sytuacji , gdy nie jest możliwa dostawa dokładnej ilości zapotrzebowanego asortymentu, z uwagi na sposób konfekcjonowania u Wykonawców, Zamawiający dopuszcza modyfikację ich ilości przy zastosowaniu zasad zaokrąglania w górę, tj. kalkulacji takiej ilości opakowań, którą Zamawiający będzie musiał kupić, aby zostało zrealizowane jego zapotrzebowanie, przy założeniu powstania pewnej nadwyżki. Ryzyko poprawnego dostosowania wielkości opakowania do ilości sztuk zapotrzebowanych przez Zamawiającego spoczywa na Wykonawcy.

1. Oferowany „Termin dostawy cząstkowych odczynników ” wynosi: ………. maksymalnie 7 dni roboczych.
2. Oświadczam/y, że w ww. podanej cenie uwzględniliśmy wszelkie koszty niezbędne do  pełnej
i terminowej realizacji zamówienia, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w  Specyfikacji Warunków Zamówienia i projektowanych postanowieniach umowy.
3. Oferowane odczynniki muszą być dopuszczone do obrotu na terenie Polski, zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych , muszą posiadać ocenę zgodności przeprowadzoną zgodnie z wymogami dyrektywy 98/79/WE, certyfikat CE, IVD oraz numer jednostki notyfikowanej zgodnie z ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych.
4. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia określonego przez Zamawiającego.
5. Oświadczam/y, że w razie wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do  podpisania umowy na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy.
6. Oświadczam/y, że wypełniłem 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.\*\*
7. Oświadczam/y, że zamierzamy powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Część zamówienia powierzona do realizacji podwykonawcy | Nazwa/firma podwykonawcy |
|  |  |  |

Zarejestrowane nazwy i adresy Wykonawców występujących wspólnie\*\*: ………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam/y, że wybór oferty prowadzi/nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

Nazwa towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:

……………..………………………………………………………………………………………

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku VAT:

……………..………………………………………………………………………………………

Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź mikro, małym lub średnim lub dużym przedsiębiorstwem, ?

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

(właściwe wpisać)

Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty, są:

1) ……………………………………………………………………………………….

2) ……………………………………………………………………………………….

……………………. Dnia ……………..