**Załącznik nr 1**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

Nazwa i adres siedziby Wykonawcy albo Imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres siedziby Wykonawcy

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

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

Nr telefonu, faksu ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Regon:......................................................................

NIP:..........................................................................

BDO.........................................................................

Województwo............................................................ Powiat…….................................................................

Internet: http://........................................................

e-mail:.....................................................................

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO IM. WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI – CENTRALNEGO SZPITALA WETERANÓW  
90-549 ŁÓDŹ, UL. ŻEROMSKIEGO 113**

Nawiązując do zapytania ofertowegoz dnia **……................... r.** **na: dostawę, montaż   
i uruchomienie systemu do gwarantowanego zwalczania bakterii z gatunku Legionella typu: WTS VX.80-20/BIGCu-9/MINIGL16Ag-4 oraz WTS VX.35 STD/Mini-6Cu/Mini-1Ag z możliwością zdalnego monitoringu i sterowania w lokalizacji Żeromskiego 113 budynek nr 3 oraz Pl. Hallera 1 budynek Dermatologii USK im. WAM- CSW w Łodzi**

**numer** **105/PP/ZP/D/2024**

1. Oferujemy **dostawę, montaż i uruchomienie systemu do gwarantowanego zwalczania bakterii   
   z gatunku Legionella typu: WTS VX.80-20/BIGCu-9/MINIGL16Ag-4 oraz WTS VX.35 STD/Mini-6Cu/Mini-1Ag z możliwością zdalnego monitoringu i sterowania** w lokalizacji Żeromskiego 113 budynek nr 3 oraz Pl. Hallera 1 budynek Dermatologii USK im. WAM- CSW w Łodzi w cenie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jm.** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** |
| 1 | Dostawa, montaż i uruchomienie systemu do gwarantowanego zwalczania bakterii z gatunku Legionella typu: WTS VX.80-20/BIGCu-9/MINIGL16Ag-4 dla lokalizacji Żeromskiego 113 budynek nr 3 | 1 szt |  |  | - zł |
| 2 | Dostawa, montaż i uruchomienie systemu do gwarantowanego zwalczania bakterii z gatunku Legionella typu: WTS VX.35 STD/Mini-6Cu/Mini-1Ag z możliwością zdalnego monitoringu i sterowania w lokalizacji Pl. Hallera 1 budynek Dermatologii USK im. WAM- CSW w Łodzi | 1 szt |  |  | - zł |
|  |  |  | **- zł** |  | **- zł** |

1. **Oferujemy :**

**Urządzenie I – typu: WTS VX.80-20/BIGCu-9/MINIGL16Ag-4 lokalizacja Żeromskiego 113**

**Nazwa urządzenia / urządzeń: ..........................................…………………….………………………….………**

**Producent / firma: .................................................**

**Typ / model urządzenia: ........................................**

**Rok produkcji: 2024**

**Urządzenie II – typu:** **WTS VX.35 STD/Mini-6Cu/Mini-1Ag lokalizacja Pl. Hallera 1**

**Nazwa urządzenia / urządzeń: .................................................………………………………………….………**

**Producent / firma: .................................................**

**Typ / model urządzenia: ........................................**

**Rok produkcji: 2024**

1. Proponowany termin płatności: …………. **dni (minimum 45 dni/maksimum 60 dni)** od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury, na warunkach i zgodnie z postanowieniami wzoru umowy.
2. Zobowiązujemy się umieszczać **na każdej fakturze PRAWIDŁOWĄ nazwę Zamawiającego**, która brzmi: *Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów*, lub skróconą, która brzmi: *Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów*.
3. Należność będzie wpłacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy podany na fakturze, który jest zgodny:

**• z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT\***

**• z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością - w przypadku innych podatników \***

***\*niewłaściwe skreślić.***

1. Zobowiązujemy się do **realizacji przedmiotu w terminie 14 dni roboczych od dnia podpisania umowy.**
2. Zobowiązujemy się do **realizacji przedmiotu umowy zgodnie z postanowieniami umowy oraz opisem przedmiotu zamówienia**.
3. Wszelkie nieprawidłowości związane z wykonywaniem umowy, z którymi wiąże się liczenie terminów reakcji Wykonawcy należy zgłaszać na nr tel/fax :

tel...............................e-mail:…………….......................................................…………………………..

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z załączonym wzorem umowy, a także ewentualnymi modyfikacjami, dopuszczeniami, i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że wzór umowy, stanowiący załącznik Nr 4 do zapytania ofertowego został przez nas zaakceptowany w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.
3. Niniejszym informujemy, że wykonanie usługi, oferowanej w ramach ww. postępowania **prowadzi\* / nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług. Niżej wymienione towary lub świadczenie usługi, oferowane w ramach niniejszego postępowania przetargowego prowadzą w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

*\* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi oraz wskazać ich wartość bez kwoty podatku).*

*\*\*W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.*

1. Usługę wykonamy **sami / przy udziale podwykonawcy**\*. Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia na usługę: ...............................................................................................................................

\**niepotrzebne skreślić. W przypadku nie skreślenia żadnej z opcji, Zamawiający przyjmie, iż Wykonawca wykona zamówienie sam, bez udziału podwykonawcy*

1. Zamówienie zrealizujemy (odpowiednie wypełnić):

a) **sami** …………………………………………………………………………………………………………………………….....……….…

b) **w konsorcjum z:** ………………………………………………………………………......................…….………………………………………..

1. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

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

1. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu – **DOTYCZY / NIE DOTYCZY\***

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* 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 –należy niepotrzebne skreślić

*W przypadku nie skreślenia żadnej z opcji, Zamawiający przyjmie, iż powyższe oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy*

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

1. Formularz asortymentowo cenowy

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

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

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

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

Data Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy