Załącznik nr 2 do SWZ

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

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

REGON: ....................................................

KRS/CEDIG …………………………………, jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać stronę rejestru: ……………………………………….

Nr telefonu: ....................................................

Adres email…………………………………

Adres strony internetowej (jeżeli dotyczy) …………………………

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy

(imię, nazwisko, funkcja):

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

**Rodzaj wykonawcy**

Mikroprzedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Małe przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Średnie przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Jednoosobowa działalność gospodarcza - TAK/NIE\*

Osoba fizyczna nieprowadząca działalność gospodarczą - TAK/NIE\*

Inny rodzaj - TAK/NIE\*

## O F E R T A W Y K O N A W C Y

1. Oferujemy dostawę 7 kpl. urządzeń do przechowywania i dystrybucji leków w oddziałach 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ na warunkach i zasadach określonych w SWZ za łączną cenę:

**cena netto**:.....................................................................................

(słownie:...........................................................................................................................................)

**VAT**:.................................................................................................................................................

(słownie:...........................................................................................................................................)

**cena brutto**: ..................................................................................

(słownie:...........................................................................................................................................),

2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności wynikający z projektowanych postanowień umowy, który jest nie krótszy niż 60 dni.

3. Wykonawca oświadcza, że dostawa, montaż i uruchomienie sprzętu nastąpi w terminie do 29 listopada 2024 r*.*

4. Oświadczamy, że wraz z dostawą sprzętu dostarczymy instrukcję obsługi w języku polskim wraz   
z paszportem technicznym do odnotowywania przeglądów i napraw.

5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

6. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

7. Oświadczamy, że zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia projektowane postanowienia umowy został przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

8. Wykonawca udziela gwarancji na oferowany sprzęt medyczny na okres …………….. m-cy od daty wykonania przedmiotu umowy. /Warunek Zamawiającego –min. 24 miesięcy/*.*

*W przypadku braku wskazania przez Wykonawcę okresu gwarancji, Zamawiający przyjmie min.   
24 miesięczny okres gwarancji.*

9. Oświadczamy, że w okresie trwania gwarancji zapewnimy bezpłatnie wymagane przeglądy techniczne urządzenia i legalizacje zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, w tym nieodpłatne przeglądy gwarancyjne zgodnie z zaleceniami producenta:

- ostatni przegląd ma być wykonany w okresie 15 dni przed upływem okresu gwarancji*.*

10. Do oferty załączamy wykaz adresów serwisu sprzętu medycznego do realizacji obsługi pogwarancyjnej oraz wykaz wymaganych środków dezynfekcyjnych*.*

11. Wykonawca ustanawia swojego przedstawiciela odpowiedzialnego za realizację zobowiązań wynikających z niniejszej umowy w osobie ................................................................. tel./fax ..............................., email…………

12. E-mail/ fax , na który będą przesyłane zgłoszenia awarii ………………………….

13. Wykonawca oświadcza, że wybór jego oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*/ wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, poniżej wskazuje nazwę (rodzaj) towaru, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku ……….\*

14. [nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom]:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa części zamówienia/nazwa podwykonawcy** |
|  |  |
|  |  |

*W przypadku braku zaznaczenia punktu 14 Zamawiający przyjmie, że Wykonawca wykona przedmiot zamówienia samodzielnie.*

15. Oświadczam, 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\*\*\*.

\*\* 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 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Wypełnione i podpisane załączniki: 1, 3-4 do niniejszej SWZ.

„***Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym”***

*\*Niepotrzebne skreślić*