Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

(nazwa i siedziba Wykonawcy)

**Do**

**Regionalnego Szpitala Specjalistycznego**

**im. dr. Władysława Biegańskiego**

**w Grudziądzu**

**Znak sprawy: Z/16/PN/24**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Nazwa Wykonawcy:** |  |
| **2** | **Osoba reprezentująca Wykonawcę, upoważniona:** | ……………………………………………………………  na podstawie: ………………………………………………  w załączeniu pełnomocnictwo – o ile dotyczy |
| **3** | **Adres:** |  |
| **4** | **Adres do korespondencji**  */jeżeli jest inny niż powyżej wskazany/* |  |
| **5** | **Województwo:** |  |
| **6** | **Numer telefonu:** |  |
| **7** | **Adres e-mail:** |  |
| **8** | **Nr identyfikacji podatkowej (NIP):** |  |
| **9** | **Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?**  **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**. | **[……] Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem**  **[……] Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem**  **[……] Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem**  /należy zaznaczyć właściwą odpowiedź/ |
| **10** | **Czy Wykonawca pochodzi z innego Państwa członkowskiego Unii Europejskiej?** | **[……] TAK**    **[…….] NIE**  Jeżeli **TAK** proszę podać skrót literowy nazwy państwa: …………………… |
| **11.** | **Czy Wykonawca pochodzi z innego Państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej?** | **[……] TAK**  **[…….] NIE**  Jeżeli TAK proszę podać skrót literowy nazwy państwa: …………………… |
| **12** | **Czy oferta zawiera lub wraz z ofertą załączono dokumenty - informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji?** | **[……] TAK**    **[…….] NIE**  Jeżeli **TAK** proszę podać:  Informacje / dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa załączone w odrębnym pliku:  ……………………………………… |
| **13** | **Czy Wykonawca powierza wykonanie części zamówienia podwykonawcy?** | **[……] TAK**    **[…….] NIE** |

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawy asortymentu medycznego jednorazowego użytku na okres 24 miesięcy** *,*opublikowanego w Dzienniku Urzędowym UE przedkładamy następującą ofertę:

1. Oferujemy zrealizowanie przedmiotu zamówienia za **cenę**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena oferty netto ogółem** | **Cena oferty brutto**  **ogółem** |
| **Zadanie nr 1**  **Dostawy akcesoriów urologicznych** |  |  |
| **Zadanie nr 2**  **Dostawy strzykawek** |  |  |
| **Zadanie nr 3**  **Dostawy zastawek Heimlicha** |  |  |
| **Zadanie nr 4**  **Dostawy akcesoriów anestezjologicznych** |  |  |
| **Zadanie nr 5**  **Dostawy zestawów do toracentezy i paracentezy** |  |  |
| **Zadanie nr 6**  **Dostawy elektrod do neuromonitoringu** |  |  |
| **Zadanie nr 7**  **Dostawy zestawów do porodu, osłonek do termometru, pasów do stabilizacji miednicy** |  |  |
| **Zadanie nr 8**  **Dostawy łyżek do Airtraq Avant** |  |  |
| **Zadanie nr 9**  **Dostawy systemów do kontrolowanej zbiórki stolca** |  |  |
| **Zadanie nr 10**  **Dostawy podkładów chłonnych na stoły operacyjne** |  |  |
| **Zadanie nr 11**  **Dostawy drenów do zabiegów histero- i resektoskopii** |  |  |
| **Zadanie nr 12**  **Dostawy folii na uchwyty do mikroskopu ProErgo będącego w posiadaniu Zamawiającego;** |  |  |
| **Zadanie nr 13**  **Dostawy filtrów do pochłaniacza Aespire** |  |  |
| **Zadanie nr 14**  **Dostawy asortymentu laryngologicznego** |  |  |
| **Zadanie nr 15**  **Dostawy masek filtrujących FFP3 bez zaworu** |  |  |
| **Zadanie nr 16**  **Dostawy pończoch przeciwzakrzepowych** |  |  |

zgodnie z wypełnionym formularzem cenowym stanowiącym Załącznik nr 2 do SWZ, a także   
z modyfikacjami i wyjaśnieniami zamieszczonymi przez Zamawiającego na stronie dotyczącej danego postępowania.

1. Oświadczamy, że wszystkie podane informacje są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym   
   i prawnym.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że zawarte w Rozdziale XIX SWZ projektowane postanowienia umowy, stanowiące Załącznik nr 4 do SWZ zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych warunkach.
4. 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.\*

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

**Załącznikami do niniejszej oferty są wymagane dokumenty opisane w Rozdziale IX SWZ.**