Załącznik nr 1 do SWZ

**OFERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** | |
| Nazwa: **Szpital Miejski św. Jana Pawła II** | |
| Adres: **82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35** | |
| NIP: 578-310-44-67 | REGON: 281098840 |

1. **WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa: | | | | |
| NIP: | REGON: | | | |
| Adres: | | | | |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | | | Województwo: |
| e-mail: | | | Tel: | |
| Adres do korespondencji: | | | | |
| Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę:  *Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”* | | MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO \*  MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO \*  ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO \*  JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA \*  OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ \*  INNY RODZAJ \* | | |

1. **WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

*(Tabelę 2 należy wypełnić w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego wykonawcę, konsorcja. W przypadku składania ofert przez większą ilość wykonawców, tabelę należy skopiować odpowiednio.)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa: | | | | |
| NIP: | REGON: | | | |
| Adres: | | | | |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | | | Województwo: |
| e-mail: | | | Tel: | |
| Adres do korespondencji: | | | | |
| Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę:  *Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”* | | MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO \*  MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO \*  ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO \*  JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA \*  OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ \*  INNY RODZAJ \* | | |

* Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln €
* Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln €
* Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 mln €lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln €.
* Jednoosobowa działalność gospodarcza : osoba fizyczna, która uzyskała wpis do ewidencji działalności gospodarczej poprzez posiadanie zezwolenia, licencji lub koncesji na prowadzenie określonej działalności
* Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej: osoba fizyczna występująca w obrocie jako konsument, niebędąca przedsiębiorcą.

Składając ofertę w postępowaniu **ZP/32/2024 na dostawę rękawic diagnostycznych i chirurgicznych** składamy ofertę:

**Pakiet nr ……… (powtarzać w razie potrzeb)**

**Cena** bez VAT ............................ zł.

**Cena** z VAT ..............................zł.

W tym należny podatek VAT .................................. zł.

**Termin dostawy ……….(2, lub 3 dni robocze**)\*

\*Uwaga: W przypadku, gdy Wykonawca pozostawi niewypełnione miejsce lub wpisze inne wartości niż wskazane powyżej, Wykonawca oświadcza, że oferowany termin dostawy wynosić będzie **3 dni robocze**.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa części zamówienia | Firma podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczamy, że zobowiązujemy się w przypadku realizacji zamówienia przy współudziale podwykonawców, do zawarcia umów z podwykonawcami zgodnie z postanowieniami art. 409 ustawy Prawo zamówień publicznych
2. Oświadczamy, że zgodnie z art. 225 ustawy Pzp wybór naszej oferty *(zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślna: „zaznaczone”)*:

**Nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług,

Będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług.

W związku z powyższym, oświadczamy, że świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego to:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Świadczenia(nazwa, rodzaj) będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego/ gdy nie dotyczy pozostawić bez wypełnienia | Wartość wskazanych towarów/usług bez podatku VAT |
|  |  |  |
|  |  |  |

Jeżeli Wykonawca błędnie określi powstanie u Zamawiającego obowiązku podatkowego, Zamawiający zastosuje się do art. 17 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 931 z późn. zm.).

1. Oświadczamy, że zaoferowane produkty są *(zaznaczyć odpowiednie) :*

dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 6 września 2001 r.**  
**Prawo farmaceutyczne** (t.j. Dz.U. 2024 poz. 686). *( podać nr części i pozycje ): ………………………………………………………………….………………………*

dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z **Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych** (t.j. Dz.U.2024 poz. 1620)

dopuszczone do obrotu w Polsce na podstawie innych przepisów zakresie *( podać nr części i pozycje ): ………………………………………………………………….………………………*

1. Zastrzeżenie Wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)
2. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan ........................................................................ telefon kontaktowy.....................................................
3. **Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy** z Zamawiającym jest/są Pani/Pan ….…………………………………………………………………………..... (wpisać nazwisko, funkcję)
4. **Adres e-mail, na który pracownicy Apteki Zamawiającego mają kierować zamówienia:**

adres e-mail: …………………………………………………………..……………………………

............................., dnia ........................

Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e

do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

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). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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). [↑](#footnote-ref-2)