**Załącznik nr 2**

*................................................. ,*

 *(pieczęć Wykonawcy)*

**Formularz Ofertowy (wzór)**

Nazwa, adres Wykonawcy………………………...................................................................................................

Regon:.................................................................... NIP: ................................................................................

Tel:.......................................................................... Fax: ................................................................................

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

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy: ................................................................................................

*(Imię i nazwisko, numer telefonu)*

Osoba upoważniona do podpisania umowy:………………………………………………………………..……………………

*(Imię i nazwisko, stanowisko)*

Oferta cenowa (w PLN), znak: ZP.26.2.21.2020

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Nazwa* | *Wartość netto* | *% VAT* | *Wartość VAT* | *Wartość brutto* |
| 1 | **Usługa czyszczenia i dezynfekcji instalacji wentylacyjnej i klimatyzacyjnej w oddziałach szpitalnych**  |  |  |  |  |
| 2 | **Dostawa i wymiana filtrów absolutnych HEPA**  |  | X |  |  |

1. Wartość oferty netto:................... zł, brutto:.......................... zł (słownie brutto: ............................................................................... …/100).
2. Termin realizacji usługi: ………….. (max 7) tygodni od dnia zawarcia umowy \*

\*UWAGA! Brak ocenianego parametru nie dyskwalifikuje oferty –powoduje jedynie brak dodatkowych punktów

1. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
2. Oświadczam/y, że wykonanie usługi będzie się odbywać:
	1. od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00 - Centralna Sterylizatornia, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Patomorfologia, Pawilon E.
	2. w piątek od godziny 15:00 do 19:00 i w sobotę od godziny 8:00 do 18:00 - Blok Operacyjny.
3. Oświadczam/y, że posiadam/y niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję/my potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do wykonania usługi objętej niniejszą umową.
4. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów finansowych.
5. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu ofertowym i przyjmuję/emy je bez zastrzeżeń.
6. Oświadczam/ y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/ emy się do dostarczenia przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym wraz z załączonym projektem umowy oraz w złożonej ofercie.
7. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:

9.1 …………………………………………………..

9.2 ………………………………………………….

1. Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie podwykonawcom ………………………………………

 (podać nazwę firmy podwykonawcy)

1. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:

11.1. …………………………………………………..

11.2. …………………………………………………..

12. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia\*.

13. 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 zapytaniu. (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 przekreślenie/wykreślenie).”

……………………………………. ………………………………………………..

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

*\*niepotrzebne skreślić*