**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**Formularz Ofertowy**

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMKP**

**00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231**

pieczęć wykonawcy

Dane Wykonawcy

Nazwa: ……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….

Siedziba: ……………………………………………………………………….

Strona internetowa: ……………………………………………………………………….

Tel. ……………………………………………………………………….

E-mail ……………………………………………………………………….

Numer NIP ……………………………………………………………………….

Numer REGON ………………………………………………………………………..

Nawiązując do ogłoszonego postępowania w trybie przetargu nieograniczonego na:

**dostawę produktów leczniczych, preparatów do żywienia i opatrunków na potrzeby Szpitala**

**Znak sprawy 17/8/2020**

oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer pakietu | Wartość **zamówienia**  **netto** | Stawka podatku **VAT%** | Kwota **VAT** | Wartość **zamówienia**  **brutto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Oświadczamy, że akceptujemy płatność za wykonanie zamówienia w terminie (min. 60 dni) ……………… (podać).
* Oświadczamy, że będziemy realizować przedmiot zamówienia w terminie:
  + **12 miesięcy - dot. pakietów 1-18**
  + **24 miesiące - dot. pakietów 19-23**

liczonym od daty zawarcia umowy (zgodnie z SIWZ).

* Oświadczamy, że **termin ważności** asortymentu będącego przedmiotem zamówienia, będzie wynosił  **…….. (należy podać min. 12 miesięcy) miesięcy**.
* Oświadczamy, że dostawy częściowe będziemy realizować w terminie (max 4 dni – **kryterium oceniane**   
  - należy podać jedną spośród wartości: 4 dni, 3 dni, 2 dni albo 1 dzień) .......... dni roboczych (podać).
* Oświadczamy, że produkty lecznicze wymienione w pakietach 2, 8 i 9, jeżeli zaistnieje taka konieczność, dostarczymy w terminie 8 godzin liczonych od chwili złożenia zamówienia.

**Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych z ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
3. Oświadczamy, że załączone do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wymagania stawiane Wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Wadium zostało wniesione w wysokości i formie:

…………………….……….…zł/słownie:……………………..…………………………………………………………………złotych/,

w formie …………………………………………………………………………………

Po zakończeniu postępowania wadium prosimy zwrócić na konto:

………………………………………………………………………………………………

1. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączamy:

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

1. Zastrzeżenie wykonawcy:

Wykonawca zastrzega, iż wymienione niżej dokumenty, składające się na ofertę nie mogą być udostępnione innym uczestnikom postępowania:

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

1. Inne informacje Wykonawcy:

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

1. Uprawnionym do kontaktów z Zamawiającym jest..........................................................

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

9. 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.\*

10. Osoba/y pełnomocna/e do podpisania umowy :..................................................................

dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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).