**COZL/DZP/AK/3411/PN-162/24**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

.................................. dnia .......................

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy: ...................................................................................................................

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

Adres Wykonawcy: .....................................................................................................................

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

Powiat ...................................................................................................................

Województwo ...................................................................................................................

REGON NIP …….....……............………

KRS/CEIDG…………………..………….znajdujący się na stronie (adres strony internetowej)…………………..

Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym w sprawie przedmiotu zamówienia:

……………………………………………………………….....…………………..........……..

………………………………………………………………………………………………….

*/imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail/*

przystępując do prowadzonego przez Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli

przetargu nieograniczonego na.:

**„Usługa przeprowadzenia przeglądów okresowych, konserwacji, kontroli bezpieczeństwa elektrycznego oraz napraw w ramach pogwarancyjnej obsługi technicznej aparatury medycznej pracującej w COZL”.**

**COZL/DZP/AK/3411/PN-162/24**

**(***tytuł postępowania przetargowego oraz sygnatura***)**

Składam/y niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia i:

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/ liśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, zamieszczonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z załącznikami i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oferuję/oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach przedstawionych w niniejszej ofercie za cenę:

**Część 1 – Aparaty RTG**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Posiadam autoryzacje producenta sprzętu w zakresie serwisowania /przeglądów dla serwisu Wykonawcy (Tak\*/Nie\*)**

**UWAGA:** Do oferty należy dołączyć dokument potwierdzający autoryzacje wydaną przez producenta.

**Termin reakcji serwisu na zgłoszenie awarii przez Zamawiającego 1 dzień roboczy\*/ 2 dni robocze\***

**Część 2 – Aparatura laboratoryjna**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Posiadam autoryzacje producenta sprzętu w zakresie serwisowania /przeglądów dla serwisu Wykonawcy (Tak\*/Nie\*)**

**UWAGA:** Do oferty należy dołączyć dokument potwierdzający autoryzacje wydaną przez producenta.

**Termin reakcji serwisu na zgłoszenie awarii przez Zamawiającego 1 dzień roboczy\*/ 2 dni robocze\***

**Część 3 – Monitory hemodynamiczne**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Posiadam autoryzacje producenta sprzętu w zakresie serwisowania /przeglądów dla serwisu Wykonawcy (Tak\*/Nie\*)**

**UWAGA:** Do oferty należy dołączyć dokument potwierdzający autoryzacje wydaną przez producenta.

**Część 4 – Separator komórkowy**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Posiadam autoryzacje producenta sprzętu w zakresie serwisowania /przeglądów dla serwisu Wykonawcy (Tak\*/Nie\*)**

**UWAGA:** Do oferty należy dołączyć dokument potwierdzający autoryzacje wydaną przez producenta.

**Część 5 – Skaner histopatologiczny**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Posiadam autoryzacje producenta sprzętu w zakresie serwisowania /przeglądów dla serwisu Wykonawcy (Tak\*/Nie\*)**

**UWAGA:** Do oferty należy dołączyć dokument potwierdzający autoryzacje wydaną przez producenta.

**Część 6 – Fotele onkologiczne, stół operacyjny**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Czas wykonania przeglądu od momentu przesłania zlecenia przez Zamawiającego ……………… \* (1/2/3/4/5/6/7 dni robocze).**

**Część 7 – Łóżka szpitalne**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Czas wykonania przeglądu od momentu przesłania zlecenia przez Zamawiającego ……………… \* (1/2/3/4/5/6/7 dni robocze).**

**Część 8 – Mammografy, stół do biopsji, stacje opisowe**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Posiadam autoryzacje producenta sprzętu w zakresie serwisowania /przeglądów dla serwisu Wykonawcy (Tak\*/Nie\*)**

**UWAGA:** Do oferty należy dołączyć dokument potwierdzający autoryzacje wydaną przez producenta.

**Część 9 – Wstrzykiwacze**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Posiadam autoryzacje producenta sprzętu w zakresie serwisowania /przeglądów dla serwisu Wykonawcy (Tak\*/Nie\*)**

**UWAGA:** Do oferty należy dołączyć dokument potwierdzający autoryzacje wydaną przez producenta.

**Termin reakcji serwisu na zgłoszenie awarii przez Zamawiającego 1 dzień roboczy\*/ 2 dni robocze\*/ 3 dni robocze\***

**Część 10 – Pompy infuzyjne, stacje dokujące, system napędów ortopedycznych oraz inny sprzęt medyczny**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Posiadam autoryzacje producenta sprzętu w zakresie serwisowania /przeglądów dla serwisu Wykonawcy (Tak\*/Nie\*)**

**UWAGA:** Do oferty należy dołączyć dokument potwierdzający autoryzacje wydaną przez producenta.

**Część 11 – Diatermia mała zabiegowa, stymulator nerwów, wiertarka chirurgiczna**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Posiadam autoryzacje producenta sprzętu w zakresie serwisowania /przeglądów dla serwisu Wykonawcy (Tak\*/Nie\*)**

**UWAGA:** Do oferty należy dołączyć dokument potwierdzający autoryzacje wydaną przez producenta.

**Część 12 – Sprzęt rehabilitacyjny**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Czas wykonania przeglądu od momentu przesłania zlecenia przez Zamawiającego ……………… \* (1/2/3/4/5/6/7 dni robocze).**

**Część 13 – Aparaty EKG**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Czas wykonania przeglądu od momentu przesłania zlecenia przez Zamawiającego ……………… \* (1/2/3/4/5/6/7 dni robocze).**

**Część 14 – Holtery EKG, holtery ciśnieniowe**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto  …………………………….....zł  W tym stawka podatku Vat…..% | Słownie:  ……………………………………………………………… |

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWZ.

**Czas wykonania przeglądu od momentu przesłania zlecenia przez Zamawiającego ……………… \* (1/2/3/4/5/6/7 dni robocze).**

1. Oświadczam/y, że w wyżej podanej cenie uwzględniłem/uwzględniliśmy wszelkie koszty niezbędne do pełnej i terminowej realizacji zamówienia, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, Kosztorysie ofertowym i wzorze umowy.
2. Oświadczam/y, że dysponujemy dostępem do aktualnych instrukcji serwisowych urządzeń oraz dokumentacją techniczną producenta niezbędną do wykonania zamówienia
3. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu otwarcia ofert.
4. Oświadczam/y, że w razie wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązuję/zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach określonych we Wzorze Umowy.
5. Oświadczam, że wypełniłem/wypełniliśmy 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.
6. Oświadczam/y, że posiadam/y dokumenty dopuszczające oferowany asortyment do stosowania w placówkach medycznych na terenie RP – Certyfikaty CE lub równoważne, zobowiązujemy się dołączyć dokumenty do pierwszej dostawy towaru oraz na każde wezwanie Zamawiającego (dla wyrobów klasyfikowanych jako wyroby medyczne).
7. Oświadczam/y, że informacje i dokumenty zawarte w Ofercie na stronach od **nr ........................ do nr ......................... stanowią tajemnicę** przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane. Informacje i dokumenty zawarte na pozostałych stronach Oferty są jawne.

(W przypadku utajnienia oferty Wykonawca nie później niż w terminie składania ofert zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w szczególności określając, w jaki sposób zostały spełnione przesłanki, o których mowa w art. 11 pkt 4 ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z którym tajemnicę przedsiębiorstwa stanowi określona informacja, jeżeli spełnia łącznie 3 warunki:

* 1. ma charakter techniczny, technologiczny, organizacyjny przedsiębiorstwa lub jest to inna informacja mająca wartość gospodarczą,
  2. nie została ujawniona do wiadomości publicznej,
  3. podjęto w stosunku do niej niezbędne działania w celu zachowania poufności.)

1. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć Podwykonawcom | Nazwa i adres Podwykonawcy  ( należy podać dane, jeżeli są znane Wykonawcy) | Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |

1. Zarejestrowane nazwy i adresy wykonawców występujących wspólnie\*\*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Oświadczam/y, że wybór oferty prowadzi/nie prowadzi[[2]](#footnote-2) do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:
   * 1. Nazwa towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:

……………………..………………………………………………………………………………

* + 1. Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku VAT:

……………..………………………………………………………………………………………

1. Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):

Mikroprzedsiębiorca;

Mały przedsiębiorca;

Średni przedsiębiorca;

Jednoosobowa działalność gospodarcza;

Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej;

Inny rodzaj ………………………………………………. (proszę wskazać jaki).

Zgodnie z artykułem 2 załącznika nr I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.:

1. do kategorii mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw („MŚP”) należą przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR,
2. małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR,
3. mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR
4. Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty, są:

1) Kosztorys Ofertowy (odpowiednio dla danej części, podpisany przez przedstawiciela Wykonawcy);

2) Pełnomocnictwo

1. JEDZ

*………………………………………………………………………*

*kwalifikowany podpis elektroniczny*

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* jeżeli dotyczy*

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. Niepotrzebne skreślić. Gdy wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego, Wykonawca zobligowany jest do wypełnienia pozycji 1) i 2) w pkt 12 druku oferty. [↑](#footnote-ref-2)