**Załącznik nr 1 do SWZ**

……………………………. ……………………………….

*(nazwa firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**FORMULARZ OFERTY**

Dane Wykonawcy\*):

Nazwa:

Siedziba:

Adres poczty elektronicznej   
Strona internetowa:

Numer telefonu:

Numer REGON:

Numer NIP:

Nawiązując do treści ogłoszenia o zamówieniu prowadzonego w trybie podstawowym na: **„Dostawę** **unitów stomatologicznych oraz rentgenu stomatologicznego   
z radiowizjografią’’ – sprawa nr WOFiTM/13/2022/TP**, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wypełnionym formularzem cenowym stanowiącym integralną część oferty.

* + 1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
    2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
    3. Oświadczamy, że złożona przez nas oferta jest zgodna z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w SWZ.
    4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w terminie określonym   
       w rozdziale XI SWZ.
    5. Oświadczamy, że\*\*:

1. Przedmiot zamówienia wykonamy samodzielnie,
2. Powierzymy podwykonawcom realizację następujących części zamówienia:

*część (zakres) przedmiotu zamówienia*

* + 1. Oświadczamy, że w przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia ponosimy solidarną odpowiedzialność za wykonanie przedmiotu umowy.
    2. Oświadczamy, że zawarte w SWZ Istotne postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach w nich wymienionych w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
    3. Oświadczamy, że przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i będzie gotowy  
       do użycia bez żadnych dodatkowych zakupów.
    4. Oświadczamy, że oferowany asortyment jest wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku.
    5. Oświadczamy, że w zakresie:

**zadania nr** **1:**

1. Gwarancja wynosi minimum 24 miesiące, w okresie gwarancji koszty wymaganych przeglądów serwisowych wliczone w cenę oferty. Serwis gwarancyjny   
   i pogwarancyjny dostępny w Polsce.
2. czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia do momentu rozpoczęcia naprawy będzie wynosił maksymalnie 72h, czas podjęcia diagnozy i naprawy nie dłuższy niż 7 dni. Usunięcie awarii nie dłużej niż 21 dni roboczych od dnia zdiagnozowania awarii.
3. W okresie zaoferowanego terminu gwarancji bezpłatny serwis gwarancyjny i przeglądy okresowe.

**zadania nr 2 i 3:**

1. Gwarancja wynosi minimum 24 miesiące, w okresie gwarancji koszty wymaganych przeglądów serwisowych wliczone w cenę oferty. Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia do momentu rozpoczęcia naprawy max. 72 h. Czas naprawy na terenie Polski – 7 dni roboczych. W przypadku wydłużenia czasu naprawy powyżej 7 dni dostarczymy wyrób zastępczy o parametrach równoważnych z naprawianymi.
2. Wymienimy sprzęt na nowy – na wniosek użytkownika po 3 nieskutecznych naprawach w okresie gwarancji.
3. W okresie zaoferowanego terminu gwarancji bezpłatny serwis gwarancyjny i przeglądy okresowe.

**zadania nr 4:**

1. Gwarancja wynosi minimum 24 miesiące, w okresie gwarancji koszty wymaganych przeglądów serwisowych wliczone w cenę oferty. Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny dostępny w Polsce.
2. Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii – nie dłuższy niż 72h. Czas podjęcia diagnozy i naprawy nie dłuższy niż 7 dni. Usunięcie awarii – nie dłużej niż 21 dni roboczych od zdiagnozowania awarii.
3. W okresie zaoferowanego terminu gwarancji bezpłatny serwis gwarancyjny i przeglądy okresowe.
   * 1. Oświadczamy, że w zakresie pozycji nr **1, 2, 3, 4** przeprowadzimy szkolenie personelu potwierdzone protokołem, w terminie uzgodnionym z użytkownikiem (szkolenie uwzględnione w cenie oferty).
     2. Oświadczamy, że zobowiązujemy się wykonać zamówienie**:**

* zadanie nr 1 i 4 - Wojskowy Ośrodek Medycyny Prewencyjnej w Gdyni,   
  ul. Grudzińskiego 4, 81-103 Gdynia;
* zadanie nr 2 – 1 Wojskowy Szpital Polowy, ul. Gdańska 147, 85-915 Bydgoszcz;
* zadanie nr 3 – 2 wojskowy Szpital Polowy, ul. Hallera 36-38, 50-984 Wrocław;

w maksymalnym terminie:

1. **Zadanie nr 1, 2 i 3**:
2. Przedmiot zamówienia objęty zamówieniem gwarantowanym **w terminie 30 dni** kalendarzowych od dnia podpisania umowy*;*
3. Przedmiot zamówienia objęty zamówieniem opcjonalnym (dotyczy zadania nr 2 i 3)   
   **w terminie** **30 dni** kalendarzowych licząc od dnia przedstawienia przez Zamawiającego ilości, z których skorzysta w ramach prawa opcji.
4. **Zadanie nr 4**: przedmiot zamówienia należy dostarczyć **w terminie 42 dni** kalendarzowych od dnia podpisania umowy.
5. 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.\*\*\*
6. Oświadczamy, że wykonanie następujących części zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom /należy podać firmy podwykonawców/:

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

1. Oświadczamy, że następujące dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Oświadczamy, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów/usług:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | nazwa (rodzaj) towaru lub usługi | wartość towaru lub usługi bez VAT | stawka VAT, która będzie miała zastosowanie |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

W przypadku braku wypełnienia tabeli powyżej - oświadczam, że złożenie oferty nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego po stronie zamawiającego.

1. Oświadczamy że Wykonawca JEST (zaznaczyć odpowiedni rodzaj):

* mikroprzedsiębiorstwem;
* małym przedsiębiorstwem;
* średnim przedsiębiorstwem;
* jednoosobową działalnością gospodarczą;
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej;
* inny rodzaj.

*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.*

1. W przypadku konieczności udzielenia wyjaśnień dotyczących przedstawionej oferty prosimy o zwracanie się do:

Tel.

*(w przypadku niepodania powyższych danych osoby do bezpośredniego kontaktu, prosimy o zwracanie się do osoby/osób podpisujących ofertę)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

* Formularz cenowy

Podpisano: ....................................................................

(*podpis elektroniczny kwalifikowany/podpis zaufany/podpis osobisty*)

*\*) Jeżeli podmioty wspólnie ubiegają się o zamówienie – należy podać pełne nazwy i adresy wszystkich podmiotów*

*\*\*) Wykreślić niepotrzebne. W przypadku niewykreślenia, którejkolwiek z pozycji i nie wypełnienia pola w pkt. 5 pozycji b) – Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć wykonania żadnej części zamówienia podwykonawcom.*

*\*\*\*) 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).*

*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.*

**Załącznik nr 2 do SWZ**

*(nazwa firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu oraz niepodleganiu wykluczeniu, zgodnie z art. 273 ustawy Prawo zamówień publicznych**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym na   
**„Dostawę unitów stomatologicznych oraz rentgenu stomatologicznego z radiowizjografią’’ – sprawa nr WOFiTM/15/2022/TP**, oświadczam, że:

1. spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia.
2. nie podlegam wykluczeniu w zakresie określonym w specyfikacji warunków zamówienia.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Podpisano: ....................................................................

*(kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/ podpis zaufany)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*UWAGA:*

1. *w przypadku gdy spełnione są przesłanki wykluczenia wykonawca wskazuje te przesłanki. Należy również dołączyć informacje dot. samooczyszczenia tj. wynikające z art. 110 ustawy Pzp,*
2. *w przypadku konsorcjum oświadczenie składa każdy z wykonawców występujących wspólnie lub pełnomocnik w ich imieniu, co powinno być odnotowane w oświadczeniu,*
3. *w przypadku korzystania z zasobów podmiotu udostępniającego – oświadczenie składa również podmiot udostępniający zasoby.*

**Załącznik nr 3 do SWZ**

*(nazwa firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności do grupy kapitałowej\***

Ja niżej podpisany

*(imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

będąc upoważnionym do reprezentowania Wykonawcy:

*(nazwa Wykonawcy)*

*(adres siedziby Wykonawcy)*

uczestnicząc w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego prowadzonego   
w trybie podstawowym na: **„Dostawę unitów stomatologicznych oraz rentgenu stomatologicznego z radiowizjografią’’ – sprawa nr WOFiTM/15/2022/TP**,

* + - 1. o ś w i a d c z a m, iż Wykonawca **nie należy\*\*** do tej samej Grupy Kapitałowej co inni wykonawcy, którzy złożyli w postępowaniu ofertę.
      2. o ś w i a d c z a m, iż Wykonawca **należy\*\*** do tej samej grupy kapitałowej   
         w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów   
         (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), o której mowa w art. 108 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.) Jednocześnie składam listę podmiotów należących do grupy kapitałowej, które złożyły oferty w niniejszym postępowaniu:

1)

2)

Oświadczam, że istniejące między nami powiązania nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia na dowód czego wskazuje i załączam:

**\***  *W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie powyższe oświadczenie składa każdy członek konsorcjum.*

\*\* *Niepotrzebne skreślić*

Podpisano: ....................................................................

(*podpis elektroniczny kwalifikowany/podpis zaufany/podpis osobisty*)

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Formularz cenowy**

**ZESTAWIENIE ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – CENOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zad.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa handlowa\*** | **Nazwa producenta** | **J.m.** | **Ilość do zakupu** | **Cena jedn. netto\*\*** | **Wartość netto\*\*** | | **VAT** | | **Wartość brutto\*\*** | | **Termin gwarancji** | **Uwagi** | **NR ZWSI RON** |
| **%** | **Wartość podatku VAT** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | | **9** | **10** | **11** | | **12** | **13** | **14** |
| 1 | Weterynaryjny unit stomatologiczny z kompresorem |  |  | kpl. | 1 |  |  | |  |  |  | |  | WE-T zał. 5.1 |  |
| 2 | Unit stomatologiczny przenośny |  |  | kpl. | gwarant1 |  |  | |  |  |  | |  | WE-T zał. 5.2 |  |
| Opcja 1 |
| 3 | Unit stomatologiczny przenośny |  |  | kpl. | Gwarant 1 |  |  | |  |  |  | |  | WE-T zał. 5.2 |  |
| Opcja 1 |
| 4 | Zestaw rentgen stomatologiczny z radiowizjografią |  |  | kpl. | 1 |  |  | |  |  |  | |  | WE-T zał. 5.3 |  |
| RAZEM WARTOŚĆ NETTO | | | | | | |  |  | | | |  | | | |
| RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO | | | | | | |  | | | |  |  | | | |

***\*)*** *Pełna nazwa produktu tożsama z nazwą widniejącą na fakturze VAT wystawionej przez Wykonawcę oraz faktyczną nazwą widniejącą na opakowaniu.  
\*\*) Wartość w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.*

*\*\*\*)Oferowany termin ważności podany w miesiącach na dzień składania ofert dla zamówień gwarantowanych.*