|  |
| --- |
| *Załącznik nr 2 do SWZ* |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |

|  |  |
| --- | --- |
| **OFERTA**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ul. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  00-000 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 132 i nast. ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień pn:  **„Dostawa wyposażenia laboratorium diagnostycznego w SPZZOZ w Gryficach - dzierżawa analizatorów i laboratoryjnego systemu informatycznego oraz dostawa odczynników i materiałów niezbędnych do wykonywania oznaczeń”** | |
| 1. **DANE WYKONAWCY:**   Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę: **………………..……………………………………………………..**  Wykonawca/Wykonawcy:**……………..……………..………………………………………….……….…………….……………...….……….....................**  **………………………………………………………………………………………………………..…….………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………........................................**  Adres:**………………………………………………………………………………………………………..……..……..……..…...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………**  **KRS nr ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **NIP ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **REGON……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **WYKONAWCA jest mikroprzedsiębiorcą –tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA jest małe przedsiębiorstwo –tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA jest średnie przedsiębiorstwo –tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA jest jednoosobowa działalność gospodarcza –tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA jest osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej –tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej- tak** *□***nie** *□*  **WYKONAWCA pochodzi z innego państwa członkowskiego niebędącego członkiem Unii Europejskiej- tak** *□***nie** *□*  **● *Niepotrzebne skreślić, zaznaczyć tak lub nie X***  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:**.…………………………………………..………………………………………..**  Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem: **………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………**  Tel **……………………………………………………….**.email**………………………………………………….**  **………………………………………………..**  Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): **……………………………………………………….……………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………** | |
| 1. **OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**   **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………...…………………………………………………………………………………………………………** | |
| 1. **WYKAZ CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRE WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM: (JEŻELI DOTYCZY):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **L.p.** | **Powierzony zakres przedmiotu umowy wraz z % udziałem** | **Nazwa Wykonawcy** | |  |  |  | |  |  |  |   **(Brak wpisu powyżej rozumiany jest, iż przedmiotowe zamówienie realizowane będzie bez udziału podwykonawców)**   1. **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA:**   Niniejszym oferuję **wykonanie zamówienia** zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach płatności określonych w SWZ za cenę brutto podaną w załączniku nr 1 do SWZ odpowiednio dla poszczególnego pakietu:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Formularz zbiorczy** | **X** | **Wartość netto**  **za 1 m-c** | **VAT w %** | **Wartość brutto**  **za 1 m-c** | | Pakiet I. | **Biochemia i Immunochemia** |  |  |  | | Pakiet II. | **Hematologia** |  |  |  | | Pakiet III. | **Koagulologia** |  |  |  | | Pakiet IV. | **Analityka ogólna** |  |  |  | | Pakiet V. | **Parametry krytyczne** |  |  |  | | Pakiet VI. | **Serologia transfuzjologiczna** |  |  |  | | Pakiet VII. | **Laboratoryjny System Informatyczny** |  |  |  | | **X** | **Razem za 1 rok** |  |  |  | | **X** | **Razem za 3 lata** |  |  |  |   **Wartość brutto oferty za 3 lata** ........................................\* **zł.**  \* **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA** stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SWZ.   1. **TERMIN DOSTAWY ODCZYNNIKÓW**  |  |  | | --- | --- | | **TERMIN DOSTAWY ODCZYNNIKÓW (min 1 dzień max 14 dni)** | **..................................................dni** |   **OŚWIADCZENIA:**   1. Oświadczamy, że asortyment medyczny, stanowiący przedmiot zamówienia będziemy dostarczać na swój koszt do siedziby Zamawiającego przy ul. Niechorskiej 27 w Gryficach; w godzinach od 07:30 do 14:00 w dni robocze, zgodnie  z terminami wskazanymi w umowie, której projekt stanowi załącznik nr 4 do SWZ wraz z niniejszą ofertą, 2. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą do dnia 16.12.2023 r. licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem); 3. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia spełnia normy jakościowe oraz posiada wymagane świadectwa dopuszczenia do stosowania w Służbie Zdrowia, na terenie RP zgodnie z obowiązującym prawem. 4. Działając w oparciu o art. 225 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych informuję, że wybór mojej oferty:   - **nie będzie prowadził** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami  o podatku od towarów i usług,\*  - **będzie prowadził** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami i odprowadzić Zamawiający).\*  *(\* niepotrzebne skreślić)*   1. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia. 2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w SWZ oraz z wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte. 3. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowane zamówienia następować będzie częściami ( na zasadach opisach w projekcie umowy), w terminie **60 dni** od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury. 4. Oświadczamy, że wadium w wysokości **– /nie żąda do sprawy 47/23/ PLN** (słownie: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych**), zostało wniesione w dniu .............................................., w formie: …..…….......................................................... 5. Prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 98 ustawy PZP, na następujący rachunek: …...………………..............................................................................................…...………; | |
| 1. **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:** 2. zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach zawartych w projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 4 do SWZ oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego. 3. zobowiązujemy się do wniesienia najpóźniej w dniu zawarcia umowy zabezpieczenia należytego wykonania umowy w wysokości **/nie żąda do sprawy 47/23/ % ceny ofertowej brutto**; 4. osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest   .........................................................................................................................................................................  e-mail: ………...……........………….…………………..……....  .tel:.....................................................………………..;  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...........e-mail: ………...……........………….…………………..……....  .tel:.....................................................………………..; | |
| 1. **SPIS TREŚCI:**   Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:   1. ......................................................................................................................................................... 2. ......................................................................................................................................................... 3. ......................................................................................................................................................... 4. ......................................................................................................................................................... 5. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| …………………………………………………  *(Miejscowość, data)* | .....................................................................................  *(Dokument należy złożyć opatrzony kwalifikowanym*  *podpisem elektronicznym,)* |