**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTY**

Zarejestrowana nazwa firmy ..........................................................................................................

Adres firmy .........................................................................................................

Nr telefonu ..........................................................................................................

e-mail ..........................................................................................................

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji .........................................................................................

nr REGON ............................................................................................................

nr NIP ............................................................................................................
Nr konta Wykonawcy: ….........................................................................................................

Imię i nazwisko osoby do kontaktu ze strony Wykonawcy:……………......................, tel.: ……………………

**Do:** **Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań**

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym na **dostawę z wniesieniem i instalacją wyposażenia Pracowni Endoskopowej wraz z przeszkoleniem personelu w ramach projektu pn. Budowa Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego w Poznaniu - centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK)
(PN-81/22),** procedowanym w trybie przetargu nieograniczonego,oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

1. Zobowiązujemy się wykonać następujący przedmiot zamówienia kwotę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Przedmiot zamówienia**  | **Liczba sztuk/ kpl.** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (liczba sztuk \* cena jednostkowa netto)** | **Stawka VAT****(%)** | **Wartość brutto (PLN)** |
| **1** | 1. **Myjnie endoskopowe**
 | **4** | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
|  | **Szafy endoskopowe susząco-przechowujące na co najmniej 40 endoskopów** | **1 kpl.**  | \_\_\_\_,\_\_\_ zł(cena za 1 komplet) | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **- w tym: (podać ilość szaf)** | **t.j. ……szt.** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł(cena za 1sztukę) |
|  | **Enteroskop z torem wizyjnym i wyposażeniem****W tym:**  | **1 kpl** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł(cena za 1 komplet) | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **IIIa. Enteroskop** | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł (cena za 1sztukę) | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  |
| **IIIb. Tor wizyjny z wyposażeniem** | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł (cena za 1sztukę) | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  |
| 1. **Endoskop ultrasonograficzny EUS o skanowaniu liniowym**
 | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| 1. **Ultrasonograf przystosowany do współpracy z głowicą do badania EUS**
 | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| 1. **Wideogastroskop**
 | **6** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| 1. **Wideokolonoskop**
 | **4** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| 1. **Wideoduodenoskop z systemem blokującym prowadnice**
 | **2** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| 1. **Wideobronchoskop**
 | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| 1. **Widekolonoskop pediatryczny**
 | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_,\_\_zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| 1. **Wideogastroskop pediatryczny**
 | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_,\_\_zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| 1. **Tor wizyjny dla endoskopów z pkt. III, IV, VI-XI opisu**
 | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_,\_\_zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| 1. **Tor wizyjny dla endoskopów z pkt. III, VI-XI opisu**
 | **3** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Razem część 1:** |  |
| **2** | **Myjnia do pojemników transportowych dla endoskopów** | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **3** | **Urządzenia do wstępnego mycia endoskopów** **W tym:** | **1 kpl** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Urządzenia do wstępnego mycia endoskopów z automatycznym systemem napełniania i dozowania detergentów**  | **2** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  |
| **Stół z basenem jednokomorowym do mycia endoskopów** | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  |

Uwaga! Wykonawca w ofercie podaje ceny wyłącznie zamówienia podstawowego, cena opcji zostanie skalkulowana na podstawie wyżej podanych cen jednostkowych.

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. **Ponadto oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:**

 **Okres gwarancji** (w pełnych miesiącach, min. 36 miesięcy)

Cz. 1: **…………**

Cz. 2: **…………**

Cz. 3: **…………**

1. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
2. Zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy w stosunku do niego żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy umowę zgodnie z tym projektem.
3. Następujący zakres przedmiotu zamówienia zamierzamy zlecić Podwykonawcom\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy |
|  |  |

1. 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 postępowaniu.
2. Oświadczamy, że jesteśmy\*:

mikroprzedsiębiorstwem - tak □ nie □

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR

małym przedsiębiorstwem - tak □ nie □

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

średnim przedsiębiorstwem - tak □ nie □

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

Powyższa informacja ma charakter wyłącznie informacyjny i służy dla celów statystycznych.

1. Integralną częścią oferty są:
	1. .....................................................................................................
	2. .....................................................................................................
2. Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego**1** : tak □ nie □

………………………………………………………………………………………………………………………………(wypełnić jeśli dotyczy - podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

**1** *jeżeli Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego należy wraz z ofertą przedłożyć oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby, stosownie do treści art. 125 ust.5 Ustawy pzp.*

*miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\*skreślić/zaznaczyć/wypełnić***

*Formularz należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

 osób/-y uprawnionych/-ej