„Realizacja projektu pn. „Podniesienie jakości usług zdrowotnych oraz zwiększenie dostępu do usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku-zakup sprzętu i wyposażenia.”

**Załącznik Nr 1 do SWZ**

*DZP/43/2023*

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

 *( Dane Wykonawcy )*

 ................................... , dnia ..............2023r.

 *(miejscowość)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym pn. „**ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO NA POTRZEBY ODDZIAŁU OIT, ODDZIAŁU DERMATOLOGICZNEGO I ZAKŁADU PATOMORFOLOGII.*” Znak postępowania: DZP/43/2023*** dlaWojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, które przekazane zostało zgodnie z art. 130 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej w dniu **15.05.2023r**., i opublikowane Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej w dniu **19.05.2023r**., pod nr **2023/S 096 - 296695** oraz zamieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego i na platformie zakupowej: <https://platformazakupowa.pl/pn/szpital.wloclawek> w dniu **19.05.2023r**., zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ dla tego postępowania składamy niniejszą ofertę. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia:

**Część nr 1**

Łączna wartość netto :…………………. PLN (słownie:……………..………….….…………..….…. PLN)

Łączna wartość brutto :………………… PLN (słownie:………………………….….………..………. PLN)

**Oferujemy maksymalnie 70 – dniowy termin dostawy ( dni kalendarzowe).**

**Serwis:**

**Serwis, realizowany w ramach gwarancji, w zakresie sprzętu medycznego świadczony będzie przez:**

…………………………………………………………………………………………….

*( nazwa i adres / firmy)*

Dane kontaktowe Serwisu:

1. nr tel.: …………………………………….,

2. adres e-mail: …………………………….,

**Część nr 2**

Łączna wartość netto :…………………. PLN (słownie:……………..………….….…………..….…. PLN)

Łączna wartość brutto :………………… PLN (słownie:………………………….….………..………. PLN)

**Oferujemy …… (****maksymalnie 42 dni kalendarzowe) – dniowy termin dostawy.**

(Wykonawca powinien wskazać termin dostawy poprzez wpisanie konkretnej liczby dni kalendarzowych.)

**Serwis:**

**Serwis, realizowany w ramach gwarancji, w zakresie sprzętu medycznego świadczony będzie przez:**

…………………………………………………………………………………………….

*( nazwa i adres / firmy)*

Dane kontaktowe Serwisu:

1. nr tel.: …………………………………….,

2. adres e-mail: …………………………….,

**Część nr 3**

Łączna wartość netto :…………………. PLN (słownie:……………..………….….…………..….…. PLN)

Łączna wartość brutto :………………… PLN (słownie:………………………….….………..………. PLN)

**Oferujemy …… (maksymalnie 70 dni kalendarzowych) – dniowy termin dostawy.**

(Wykonawca powinien wskazać termin dostawy poprzez wpisanie konkretnej liczby dni kalendarzowych.)

**Serwis:**

**Serwis, realizowany w ramach gwarancji, w zakresie sprzętu medycznego świadczony będzie przez:**

…………………………………………………………………………………………….

*( nazwa i adres / firmy)*

Dane kontaktowe Serwisu:

1. nr tel.: …………………………………….,

2. adres e-mail: …………………………….,

**Część nr 4**

Łączna wartość netto :…………………. PLN (słownie:……………..………….….…………..….…. PLN)

Łączna wartość brutto :………………… PLN (słownie:………………………….….………..………. PLN)

**Oferujemy …… (maksymalnie 56 dni kalendarzowych) – dniowy termin dostawy.**

(Wykonawca powinien wskazać termin dostawy poprzez wpisanie konkretnej liczby dni kalendarzowych.)

**Serwis:**

**Serwis, realizowany w ramach gwarancji, w zakresie sprzętu medycznego świadczony będzie przez:**

…………………………………………………………………………………………….

*( nazwa i adres / firmy)*

Dane kontaktowe Serwisu:

1. nr tel.: …………………………………….,

2. adres e-mail: …………………………….,

**Oświadczamy, że przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w niniejszej SWZ oraz w załączniku
nr 2.1 – 2.4 i nr 8.1 – 8.4 niniejszej SWZ.**

**Oświadczamy że szkolenie w ramach przedmiotu zamówienia jest bezpłatne.**

Dane dotyczące wielkości przedsiębiorstwa

Czy Wykonawca jest:

**[ ]** mikroprzedsiębiorstwem

**[ ]** małym przedsiębiorstwem

**[ ]** średnim przedsiębiorstwem

**[ ]** jednoosobowa działalność gospodarcza

**[ ]** osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej

**[ ]** inny rodzaj

\* zaznaczyć właściwe

**Oświadczamy, że:**

* 1. Pozostajemy związani niniejszą ofertą przez okres 90 dni licząc od dnia, w którym upłynął termin składania ofert.
	2. Projekt umowy stanowiący załącznik do niniejszej SWZ został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na proponowanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
	3. Jesteśmy\*\*/ nie jesteśmy płatnikiem podatku od towaru i usług ( VAT) NIP……………………………….
	4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz wszystkimi jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz otrzymaliśmy od Zamawiającego niezbędne informacje do przygotowania oferty.
	5. 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.
	6. Wskazuję części zamówienia, których wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcom, i podaję nazwy albo firmy podwykonawców:

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

* 1. Podaję nazwy (firmy) Podwykonawców, na których zasoby powołuję się na zasadach określonych w art. 118 uPzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 112 ust. 2 uPzp.:

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

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

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

 8 .**Adres poczty elektronicznej do korespondencji**: ……………………………………………………………………………..

**Osoby do kontaktów z Zamawiającym:**

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:............................................................................. tel. kontaktowy, faks, e-mail: .................................................................................................................................................. zakres odpowiedzialności......................................................................................................................
tel. kontaktowy, faks, e-mail: ........................................... zakres odpowiedzialności...........................................

\*\* Niewłaściwe skreślić

 …………………………………….

  *Data;* *kwalifikowany podpis elektroniczny*