

 **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**
 ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

 www.zzozwadowice.pl, email: sekretariat@zzozwadowice.pl

***Załącznik nr 2***

**Formularz Ofertowy (wzór)**

Nazwa oraz siedziba Dostawcy:......................................................................................................................................

TELEFON: ...................................................................; FAX: ...........................................................................................

REGON: ......................................................................., NIP: ............................................................................................

INTERNET: http: .........................................................; e-mail: .......................................................................................

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:………………………..…………………………………………………………………………….

 *(imię nazwisko, tel. kontaktowy)*

Osoba upoważniona do zawarcia umowy:……………………………………………………………………………..…………………….……..

 *(imię nazwisko, stanowisko)*

**OFERTA CENOWA (w PLN) znak: ZP.26.2.35.2022**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa asortymentu | j. m | Ilość | Cena jed. netto | Wartość netto | % VAT | Wartość VAT | Wartość brutto | Nazwa Producenta/nazwa handlowa - *jeśli dotyczy* | Kod produktu-*jeżeli dotyczy* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| itd |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem |  |  |  |  |  |  |  |

*\*Tabelę należy powtórzyć dla każdego oferowanego pakietu*

1. Wartość oferty netto …………………………..zł, brutto ……………………. zł (słownie brutto:……………………), w tym:

dla Pakietu nr .......\*: .............. zł netto, ..................... zł brutto itd.

1. Termin dostawy…………(max. 3) dni od dnia złożenia zamówienia w godzinach od 7:30 do 14:00, na „na cito” max 24 godz. od momentu złożenia zamówienia.\*
2. Termin ważności oferowanych produktów ………….. (min. 12) miesięcy od daty otrzymania zamówienia od Zamawiającego.
3. Termin rozpatrzenia reklamacji …………….. (max 7) dni od daty otrzymania jej od Zamawiającego.\*

*\*Uwaga! Brak ocenianego parametru nie dyskwalifikuje oferty – powoduje jedynie brak dodatkowych punktów*

1. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT do siedziby Zamawiającego
w formie przelewu.
2. Oświadczam/ y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zaproszeniu przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.
3. Oświadczam/ y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/emy się do realizacji zamówienia na warunkach zawartych w zaproszeniu wraz z załączonym projektem umowy.
4. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
5. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:
	1. …………………………………………………..
6. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:
	1. . …………………………………………………..
	2. . …………………………………………………..
7. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia\*.
8. Oświadczam/y, że podlegam/y**/**nie podlegam/y\* wykluczeniu z Zaproszenia na podstawie art. 7 ust.1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

12. 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 zaproszeniu. (W przypadku, gdy Dostawca 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 Dostawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego przekreślenie/wykreślenie).”

.......................................... , ......................................................................... ,

 *(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Dostawcy)*

*\*niepotrzebne skreślić*