

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

www.zzozwadowice.pl

email: sekretariat@zzozwadowice.pl

Klauzule RODO: https://zzozwadowice.pl/rodo

***Załącznik nr 2***

**Formularz Ofertowy (wzór)**

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

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

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

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

Nr faksu oraz adres e-mail do składania zamówień:…………………………….…………………………………………..

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

*(imię nazwisko, tel. kontaktowy)*

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

*(imię nazwisko, zajmowane stanowisko)*

***Oferta cenowa (w PLN),*** znak: ZP.26.2.13.2022

1. Wartość oferty netto: ………………… zł, brutto ……..………. zł (słownie brutto: ….…………… .../100),   
   w tym:
   1. Czynsz najmu sprzętu na okres 24 miesięcy: netto: ………........…zł , brutto: …..……….…………. zł
   2. Czynsz 1 miesiąca najmu sprzętu netto: ……………………………… zł, brutto: ………………………….. zł
   3. Wartość oferowanego asortymentu netto: ……………………………… zł, brutto: …………………….. zł wg tabeli asortymentowej.
2. Tabela asortymentowa: należy ująć wszystkie odczynniki, materiały kontrolne oraz materiały zużywalne i niezbędne akcesoria do wykonania badań  
   i funkcjonowania sprzętów.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość /j.m. | Wielkość opakowań | Ilość opakowań handlowych | Cena op. netto | Cena op brutto | Wartość netto | % VAT | Wartość VAT | Wartość  brutto | Producent | Nr katalogowy |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| itp |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM | | | X | X | X | X |  | X |  |  | X | X |

1. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia n/w warunki graniczne – dotyczy tabeli B z załącznika nr 1 Opis przedmiotu zamówienia.

Nazwa sprzętu/wyposażenia ..............................

Producent ………………………………………........…….

Model/ Typ …………………………………………………

Rok produkcji ………………………………........……

II Parametry graniczne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry graniczne** | Potwierdzenie czy oferowany sprzęt spełnia wymagany warunek  TAK/NIE (opis) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| itp |  |  |

**Uwaga!** W przypadku braku uzupełnienia w/w tabeli potwierdzającej oferowane parametry sprzętu, oferta Dostawcy zostanie odrzucona.

1. Termin pierwszej dostawy asortymentu: nie później niż z dostawą sprzętu tj. w terminie do 7 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia od 7:00 do 19:00***.***
2. Termin dostawy sprzętu: do 7 dni roboczych od dnia zawarcia umowy.
3. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT do siedziby Zamawiającego   
   w formie przelewu.
4. Oświadczam/y, że zapewnię przeszkolenie pracowników ZZOZ w Wadowicach w zakresie prawidłowej obsługi sprzętu, przed rozpoczęciem pracy sprzętu, potwierdzone wystawionymi certyfikatami.
5. Oświadczam/ y, że materiały eksploatacyjne, odczynniki, kalibratory i materiały niezbędne do wykonania badań,   
   a niewskazane przeze mnie/ nas w ofercie, w przypadku konieczności ich zastosowania do w/w badań, będą dostarczone przeze mnie / nas na mój / nasz koszt i ryzyko.

8. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia n/w parametry dodatkowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Rodzaj kryterium** | **Waga** |
| **1** | Mikrokarta do BTA (pozycja nr 4, Tabela A - załącznik nr 1 do Zaproszenia) o profilu: | Rozszerzonym:  IgG-IgA-IgM-C3c-C3d-ctl – 20 pkt  Podstawowym  IgG-C3d-ctl – 0 pkt. |
| **2** | Wszystkie mikrokarty, odczynniki i kontrola międzynarodowa pochodzą od jednego producenta | Tak- 10 pkt  Nie-0 pkt |
| **3** | Badanie grupy krwi (pozycja nr 3, Tabela A - załącznik nr 1 do Zaproszenia) w zakresie A,B,D(VI-), D(VI+),ctl wykonywane na jednej karcie | Tak- 10 pkt  Nie-0 pkt |

**UWAGA!** Brak ocenianego parametru nie dyskwalifikuje oferty –powoduje jedynie brak dodatkowych punktów.

9. Oświadczam/y, że wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszystkich czynników określonych w załączniku nr 1 - Opis przedmiotu zamówienia oraz w projekcie umowy – załącznik nr 4.

10. Oświadczam/y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w zaproszeniu i przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.

11. Oświadczam/y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/ emy się dowykonania przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w zaproszeniuwraz z załączonym do niego wzorem umowy.

12. Oświadczam/y, że oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania określone w „Opisie przedmiotu zamówienia”.

13. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:

* 1. *…………………………………………………..*

13.2*………………………………………………….*

14. Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie podwykonawcom ………………………………………

(podać nazwę firmy podwykonawcy)

15. Części realizacji zamówienia, jakie powierzam/y podwykonawcy:

15.1.…………………………………………………..

15.2.…………………………………………………..

16. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia\*.

17. 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).*

*\*niepotrzebne skreślić*

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

*(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Dostawcy)*