

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

www.zzozwadowice.pl, email: [sekretariat@zzozwadowice.pl](mailto: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.26.2.44.2022**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa asortymentu | Nazwa handlowa | Ilość /j.m. | Cena jednostkowa netto | Wartość netto | % VAT | Wartość VAT | Wartość brutto | Numer katalogowy*- jeśli dotyczy* | Nazwa producenta | Klasa wyrobu medycznego |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | |  | X |  |  | X | X | X |

1. Wartość oferty netto …………………………..zł, brutto ……………………. zł (słownie brutto: …………………………………….…).
2. Termin dostawy…………(max. 48) godzin od dnia złożenia zamówienia w dni robocze od poniedziałku do piątku   
   w godzinach od 7:30 do 14:00.\*
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 ważności oferowanych produktów ………….. (min. 12) miesięcy od daty otrzymania zamówienia od Zamawiającego.
2. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT do siedziby Zamawiającego   
   w formie przelewu.
3. Oświadczam/ y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zaproszeniu przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.
4. 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.
5. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
6. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:
   1. …………………………………………………..
7. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:
   1. . …………………………………………………..
   2. . …………………………………………………..
8. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia\*.
9. 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.

13. 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*