**Załącznik nr 1**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

Nazwa i adres siedziby Wykonawcy albo Imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres siedziby Wykonawcy

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

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

Nr telefonu, faksu ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Regon:......................................................................

NIP:..........................................................................

BDO.........................................................................

Województwo............................................................ Powiat…….................................................................

Internet: http://........................................................

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

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO IM. WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI – CENTRALNEGO SZPITALA WETERANÓW  
90-549 ŁÓDŹ, UL. ŻEROMSKIEGO 113**

Nawiązując do zapytania ofertowegoz dnia **………......... r.**  **na dostawy kaset do sterylizacji plazmowej**

**numer: 94/PP/ZP/D/2023**

1. Oferujemy świadczenie usługi będącej przedmiotem zamówienia w cenie zawartej w formularzu asortymentowo cenowym.
2. W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy spełniają określone przez Zamawiającego wymagania, cechy lub kryteria, **zobowiązujemy się złożyć wraz z ofertą:**

1a) **Informacje (np. opisy, katalogi, prospekty, ulotki, instrukcje użytkowania, fotografie) nt. parametrów każdego oferowanego towaru**, zawierające: nazwę Towaru, nazwę producenta, opis parametrów technicznych, potwierdzające zgodność z przedmiotem zamówienia, określonym w Formularzu asortymentowo-cenowym oraz Opisie przedmiotu zamówienia. **Jeżeli ww. informacje nie będą potwierdzały wszystkich wymaganych parametrów, Wykonawca jest zobowiązany złożyć oświadczenie, że oferowany towar spełnia wszystkie wymagane parametry techniczne.**

**1b) Deklaracje zgodności-** dotyczy wyrobów medycznych.

1. Proponowany termin płatności: …………. **dni (minimum 45 dni/maksimum 60 dni)** od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury, na warunkach i zgodnie z postanowieniami wzoru umowy.
2. Zobowiązujemy się umieszczać **na każdej fakturze PRAWIDŁOWĄ nazwę Zamawiającego**, która brzmi: *Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów*, lub skróconą, która brzmi: *Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów*.
3. Należność będzie wpłacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy podany na fakturze, który jest zgodny:

• z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT\*

• z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością - w przypadku innych podatników \*

***\*niewłaściwe skreślić.***

1. Zobowiązujemy się do **wykonywania dostaw w okresie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy.**
2. Zobowiązujemy się do **realizacji przedmiotu umowy zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i postanowieniami umowy w ciągu 1-3 dni od złożenia zamówienia cząstkowego przez Zamawiającego.**
3. Potwierdzamy spełnianie wymaganego warunku, aby dostarczony przedmiot zamówienia miał termin przydatności do użycia **12 miesięcy**
4. Przystępując jako Wykonawca do udziału w postępowaniu nr **94/PP/ZP/D/2023** **na dostawę kaset do sterylizacji plazmowej,** niniejszym oświadczamy, że wszystkie oferowane przez nas Towary, zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym (załącznik nr 1a do Formularza oferty), posiadają aktualne dopuszczenia do obrotu na rynek polski, zgodnie z ustawą z dnia 07 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 974 – t.j. ze zm.) oraz, że ponosimy pełną odpowiedzialność za wszelkie ewentualne szkody powstałe u Zamawiającego lub osób trzecich w związku z zastosowaniem dostarczonego przez nas Towaru nie spełniającego przedmiotowych wymogów.
5. W przypadku braków ilościowych, Wykonawca zobowiązany jest uzupełnić dostawę w terminie do **2** **dni** roboczych od dnia zgłoszenia braków.
6. W przypadku stwierdzenia wad jakościowych, Wykonawca dostarczy towar wolny od wad w terminie do **3** **dni** roboczych, licząc od dnia pozytywnego rozpatrzenia reklamacji.
7. Wszelkie nieprawidłowości związane z wykonywaniem umowy, z którymi wiąże się liczenie terminów reakcji Wykonawcy należy zgłaszać na nr tel/fax :

tel...............................e-mail:…………….......................................................…………………………..

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z załączonym wzorem umowy, a także ewentualnymi modyfikacjami, dopuszczeniami, i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że wzór umowy, stanowiący załącznik Nr 2 do zapytania ofertowego został przez nas zaakceptowany w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.
3. Niniejszym informujemy, że wykonanie usługi, oferowanej w ramach ww. postępowania

**prowadzi\* / nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u

Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i

usług. Niżej wymienione towary lub świadczenie usługi, oferowane w ramach niniejszego

postępowania przetargowego prowadzą w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u

Zamawiającego obowiązku podatkowego:

.............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

*\* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi oraz wskazać ich wartość bez kwoty podatku).*

*\*\*W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.*

1. Usługę wykonamy **sami / przy udziale podwykonawcy**\*. Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia na usługę: ….............................................................................................................................................

\**niepotrzebne skreślić. W przypadku nie skreślenia żadnej z opcji, Zamawiający przyjmie, iż Wykonawca wykona zamówienie sam, bez udziału podwykonawcy*

1. Zamówienie zrealizujemy (odpowiednie wypełnić):

a) **sami** …………………………………………………………………………………………………………………………….....……….…

b) **w konsorcjum z:** ………………………………………………………………………......................…….………………………………………..

1. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..................................................................................................................................

1. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu – **DOTYCZY / NIE DOTYCZY\***

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca 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 –należy niepotrzebne skreślić

*W przypadku nie skreślenia żadnej z opcji, Zamawiający przyjmie, iż powyższe oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy*

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

1. Formularz asortymentowo cenowy
2. Wzór umowy

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

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

............................ ………...................................................................

Data Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy