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, adres Dostawcy………………………...................................................................................................

Regon:.................................................................... NIP: ................................................................................

Tel:.......................................................................... Fax: ................................................................................

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

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

*(Imię i nazwisko, numer telefonu)*

Osoba upoważniona do podpisania umowy:………………………………………………………………..……………………

*(Imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)*

Oferta cenowa (w PLN), znak: ZP.26.2.19.2022

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa asortymentu | Ilość/j.m. | Cena jednostkowa netto | Wartość netto | % VAT | Wartość VAT | Wartość brutto | Numer katalogowy | Nazwa producenta/ nazwa handlowa |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 itd |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | |  | X |  |  | X |  |

1. Wartość oferty netto:.............................. zł, brutto:.............................. zł (słownie brutto: ................................................................),
2. Termin dostawy:…………. (max 42) dni od dnia złożenia zamówienia. \*
3. Gwarancja ……………. (min. 24) miesiące. \*

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

1. Termin płatności: 60 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
2. Oświadczam/y, że narzędzia są dostosowane do automatycznego mycia w myjni-dezynfektorze z możliwością wytrzymałości sprzętu na dezynfekcję termiczną i sterylizację parą wodną w 134oC.
3. Oświadczam/y, że wraz z pierwszą dostawą narzędzi zobowiązujemy się dostarczyć instrukcję postępowania ze szczególnym uwzględnieniem warunków dezynfekcji i sterylizacji w ilości 2 szt.
4. Oświadczam/ y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym i przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.
5. Oświadczam/ y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/ emy się do dostarczenia przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym wraz z załączonym projektem umowy.
6. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:
   1. …………………………………………………..
   2. ………………………………………………….
7. Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie podwykonawcom ………………………………………

*(podać nazwę firmy podwykonawcy)*

1. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:

11.1. …………………………………………………..

11.2. …………………………………………………..

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

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 zapytaniu. (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 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego przekreślenie/wykreślenie).

14. Oświadczam/y, że przedmiot zamówienia jest zgodny z Opisem przedmiotu zamówienia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lp** | **Wymagania / parametry** | Podać oferowany przez Wykonawcę parametr |
|  |  |  |
|  | Itd. |  |

……………………………………. ………………………………………………..

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Dostawcy)