……………………………………………………

|  |
| --- |
| **Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu SP ZOZ  ul. Rycerska 10**  **60-346 Poznań** |

*pieczęć firmowa*

**OFERTA WYKONAWCY**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. „Sukcesywne dostawy rękawic medycznych” ofertę składa:

*Zarejestrowana firma (nazwa albo imię i nazwisko) Wykonawcy*

*..................................................................................................................................................................................*

*siedziba lub miejsce zamieszkania Wykonawcy*

*..................................................................................................................................................................................*

*nr telefonu oraz adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………*

*adres skrzynki ePUAP, na którym prowadzona będzie korespondencja związana z postępowaniem*

*………………………………………………………………………………………………………..…………………..……...*

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

*Nr konta Wykonawcy: ..................................................................................................................*

1. **Wielkość przedsiębiorstwa** (oznaczyć znakiem X lub podobnym):

|  |  |
| --- | --- |
| Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR |  |
| Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR |  |
| Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. |  |
| Żadne z powyższych |  |

1. **Osoba uprawniona do kontaktów:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia** (WYPEŁNIA WYKONAWCA)**:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Rodzaj | Nazwa Producenta  model | Cen netto 1 opakowania | Stawka VAT | Cena brutto 1 opakowania |
|  | Rękawice nitrylowe bezpudrowe, niesterylne.  Opakowanie zbiorcze zawierające 100 szt.  Rozmiar: S, M, L, XL  Kolor: niebieski, granatowy |  |  |  |  |
|  | Rękawice chirurgiczne, sterylne, lateksowe  Rozmiar: 6 – 9  Opakowanie zawierające parę rękawic  (2szt. L,R)  Opakowanie wewnętrzne papierowe  Opakowanie zewnętrzne papier foliowany |  |  |  |  |
|  | Rękawice lateksowe bezpudrowe, niesterylne  Opakowanie zbiorcze zawierające 100 szt.  Rozmiar: S, M, L, XL |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Rodzaj | Ilość opakowań | Wartość netto | Wartość brutto |
|  | Rękawice nitrylowe bezpudrowe, niesterylne.  Opakowanie zbiorcze zawierające 100 szt.  Rozmiar: S, M, L, XL  Kolor: niebieski, granatowy | **22 000** |  |  |
|  | Rękawice chirurgiczne, sterylne, lateksowe  Rozmiar: 6 – 9  Opakowanie zawierające parę rękawic  (2szt. L,R)  Opakowanie wewnętrzne papierowe  Opakowanie zewnętrzne papier foliowany | **200** |  |  |
|  | Rękawice lateksowe bezpudrowe, niesterylne  Opakowanie zbiorcze zawierające 100 szt.  Rozmiar: S, M, L, XL | **200** |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |

Oferujemy wykonanie zamówienia w pełnym zakresie określonym w SWZ i na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy oraz SWZ za:

**Cenę** (brutto): ……………………………… **PLN (w tym podatek VAT ….. %)**

słownie: ……………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| 24 godzin |  |
| 48 godzin |  |
| 72 godzin |  |

Zobowiązujemy się do dostawy zamawianego towaru w ciągu . . . . . . . godzin od złożenia zamówienia.

1. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia zgodnie z postanowieniami SWZ i OPZ.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w terminie wskazanym w SWZ.
3. Deklarujemy realizację zamówienia w terminie wskazanym w ofercie.
4. Zamówienie objęte ofertą zamierzamy wykonać:
5. sami\*
6. zamierzamy zlecić podwykonawcom\*

W przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom – Wykonawca wypełnia poniższe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wskazanie części zamówienia, które zamierzamy zlecić podwykonawcy | Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom | Nazwa i adres firmy  podwykonawczej |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczam/Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio zostały pozyskane w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*.
2. Oświadczam/Oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty:
3. nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*
4. prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*

Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić   
do jego powstania: ..........................................................................………………………

* + - * 1. Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku: ………........ zł

1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

*- niepotrzebne skreślić*

PLIK NALEŻY PODPISAĆ ELEKTRONICZNYM PODPISEM KWALIFIKOWANYM LUB PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM