Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

 (nazwa i siedziba Wykonawcy)

 **Do**

 **Regionalnego Szpitala Specjalistycznego**

 **im. dr. Władysława Biegańskiego**

 **w Grudziądzu**

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Nazwa Wykonawcy:** |  |
| **2** | **Osoba reprezentująca Wykonawcę, upoważniona:** | ……………………………………………………………na podstawie: ………………………………………………w załączeniu pełnomocnictwo – o ile dotyczy |
| **3** | **Adres:** |  |
| **4** | **Adres do korespondencji***/jeżeli jest inny niż powyżej wskazany/* |  |
| **5** | **Województwo:** |  |
| **6** | **Numer telefonu:** |  |
| **7** | **Adres e-mail:** |  |
| **8** | **Nr identyfikacji podatkowej (NIP):** |  |
| **9** | **Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?****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**. | **[……] Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem** **[……] Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem** **[……] Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem** /należy zaznaczyć właściwą odpowiedź/ |
| **10** | **Czy Wykonawca pochodzi z innego Państwa członkowskiego Unii Europejskiej?** | **[……] TAK** **[…….] NIE**Jeżeli **TAK** proszę podać skrót literowy nazwy państwa: …………………… |
| **11.** | **Czy Wykonawca pochodzi z innego Państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej?** | **[……] TAK** **[…….] NIE**Jeżeli TAK proszę podać skrót literowy nazwy państwa: …………………… |
| **12** | **Czy oferta zawiera lub wraz z ofertą załączono dokumenty - informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji?** | **[……] TAK** **[…….] NIE**Jeżeli **TAK** proszę podać:Informacje / dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa załączone w odrębnym pliku:……………………………………… |
| **13** | **Czy Wykonawca powierza wykonanie części zamówienia podwykonawcy?** | **[……] TAK** **[…….] NIE**Jeżeli **TAK** proszę podać:**Nazwy(ę) podwykonawcy (firmy**):……………………………………………………………Jeżeli **TAK** proszę podać:**Część, zakres, której dotyczy:**……………………………………………………………**Wartość lub procentowa części zamówienia jaka zostanie powierzona powyższemu podwykonawcy****……………………………………………………………***/proszę powtórzyć tyle razy ilu będzie podwykonawców/* |

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **świadczenie usług serwisowania sprzętu medycznego na okres 24 miesięcy***,*opublikowanego w Dzienniku Urzędowym UE przedkładamy następującą ofertę:

1. Oferujemy zrealizowanie przedmiotu zamówienia za **cenę**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| **Zadanie 1:** **Przegląd urządzeń/nia Monitor pacjenta** |  |  |
| **Zadanie 2:** **Przegląd urządzeń/nia Ultrasonograf** |  |  |
| **Zadanie 3:** **Przegląd urządzeń / nia Monitor pacjenta** |  |  |
| **Zadanie 4:** **Przegląd urządzeń / nia Monitor pacjenta** |  |  |
| **Zadanie 5:** **Przegląd urządzeń / nia Monitor pacjenta** |  |  |
| **Zadanie 6:** **Przegląd urządzeń / nia Monitor pacjenta** |  |  |
| **Zadanie 7:** **Przegląd urządzeń /nia Kabina bodypletyzmograficzna** |  |  |
| **Zadanie 8:** **Przegląd urządzeń / nia Rejestrator temperatury** |  |  |
| **Zadanie 9:** **Przegląd urządzeń / nia Respirator** |  |  |
| **Zadanie 10:** **Przegląd urządzeń /nia Laser holmowy, okulistyczny, fotokoagulator** |  |  |
| **Zadanie 11:** **Przegląd urządzeń / nia Laser zabiegowy** |  |  |
| **Zadanie 12:** **Przegląd urządzeń / nia Laser zabiegowy** |  |  |
| **Zadanie 13:** **Przegląd urządzeń / nia Wstrzykiwacz kontrastu** |  |  |
| **Zadanie 14:** **Przegląd urządzeń / nia Aparat do badania słuchu** |  |  |
| **Zadanie 15:** **Przegląd urządzeń / nia Aparat do pomiaru przepływu krwi.** |  |  |
| **Zadanie 16:** **Przegląd urządzeń / nia Ultrasonograf** |  |  |
| **Zadanie 17:** **Przegląd urządzeń / nia Aparat do hydrochirurgii** |  |  |
| **Zadanie 18:** **Przegląd urządzeń / nia Moduł rzutu minutowego serca** |  |  |
| **Zadanie 19:** **Przegląd urządzeń / nia Pompa do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej** |  |  |
| **Zadanie 20:** **Przegląd urządzeń / nia Respirator** |  |  |
| **Zadanie 21:** **Przegląd urządzeń / nia Respirator** |  |  |
| **Zadanie 22:** **Przegląd urządzeń / nia Spirometr** |  |  |
| **Zadanie 23:** **Przegląd urządzeń / nia Laser zabiegowy** |  |  |
| **Zadanie 24:** **Przegląd urządzeń / nia Sterylizator** |  |  |
| **Zadanie 25:** **Przegląd urządzeń / nia Aparat do kriochirurgi** |  |  |
| **Zadanie 26:** **Przegląd urządzeń/ nia Aparat rentgenowski** |  |  |
| **Zadanie 27:** **Przegląd urządzeń / nia Zestaw do badań urodynamicznych** |  |  |
| **Zadanie 28:** **Przegląd urządzeń / nia Analizator parametrów krytycznych** |  |  |
| **Zadanie 29:** **Przegląd urządzeń/ nia Mikropłytkowy czytnik absorbancji** |  |  |
| **Zadanie 30:** **Przegląd urządzeń/ nia Komora do hodowli bakterii** |  |  |
| **Zadanie 31:** **Przegląd urządzeń /nia Komora laminarna** |  |  |
| **Zadanie 32:** **Przegląd urządzeń / nia Monitory pacjenta i stacja nadzoru** |  |  |
| **Zadanie 33:** **Przegląd urządzeń / nia Stół zabiegowy** |  |  |
| **Zadanie 34:** **Przegląd urządzeń / nia Audiometr** |  |  |
| **Zadanie 35:** **Przegląd urządzeń / nia Zestaw endoskopowy** |  |  |
| **Zadanie 36:** **Przegląd urządzeń / nia Respirator** |  |  |
| **Zadanie 37:** **Przegląd urządzeń / nia Monitor pacjenta** |  |  |
| **Zadanie 38:** **Przegląd urządzeń / nia Aparat do barwienia preparatów metodą Grama** |  |  |
| **Zadanie 39:** **Przegląd urządzeń/ nia Gastrolyzer** |  |  |
| **Zadanie 40:** **Przegląd urządzeń / nia Myjnia do endoskopów** |  |  |
| **Zadanie 41:** **Przegląd urządzeń / nia Myjnia do endoskopów** |  |  |
| **Zadanie 42:** **Przeglad urządzeń / nia Stół operacyjny** |  |  |
| **Zadanie 43:** **Przegląd urządzeń/ nia Myjnia dezynfektor** |  |  |
| **Zadanie 44:** **Przegląd urządzeń / nia Urządzenie do automatycznej mechanicznej kompresji klatki piersiowej.** |  |  |
| **Zadanie 45:** **Przegląd urządzeń / nia Respirator** |  |  |
| **Zadanie 46:** **Przegląd urządzeń / nia Respirator** |  |  |
| **Zadanie 47:** **Przeglądy urządzeń/ nia Łóżko wielopozycyjne** |  |  |
| **Zadanie 48:** **Przeglądy urządzeń / nia Urządzenia firmy Thermo Fisher** |  |  |
| **Zadanie 49:** **Przeglądy urządzeń / nia Automatyczny dystrybutor tabletek** |  |  |
| **Zadanie 50:** **Przegląd urządzeń / nia Dygestorium** |  |  |
| **Zadanie 51:** **Przegląd urządzeń / nia Mikroskop operacyjny** |  |  |
| **Zadanie 52:** **Przegląd urządzeń / nia Mikroskop operacyjny** |  |  |
| **Zadanie 53:** **Przegląd urządzeń/ nia Aparat rentgenowski** |  |  |
| **Zadanie 54:** **Przegląd urządzeń / nia Pompa do kontrapoulsacji wewnątrzaortalnej** |  |  |
| **Zadanie 55:** **Przegląd urządzeń / nia Aparat do znieczulenia** |  |  |

zgodnie z wypełnionym formularzem cenowym stanowiącym Załącznik nr 2 do SWZ, opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym Załącznik nr 3 do SWZ, a także z modyfikacjami i wyjaśnieniami zamieszczonymi przez Zamawiającego na stronie dotyczącej danego postępowania.

1. **Deklaruje, że:**
* **jestem** autoryzowanym serwisem producenta sprzętu wyszczególnionego w Formularzu cenowym - 40 pkt
* **nie jestem** autoryzowanym serwisem producenta sprzętu wyszczególnionego w Formularzu cenowym - 0 pkt
1. Oświadczam, że wszystkie podane informacje są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że zawarte w Rozdziale XIX SWZ projektowane postanowienia umowy, stanowiące Załącznik nr 4 do SWZ zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych warunkach.
4. 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.\*

*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 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

**Załącznikami do niniejszej oferty są wymagane dokumenty opisane w Rozdziale IX SWZ.**