|  |
| --- |
| ZPZ-68/10/23 Załącznik nr 7 do SWZ  **Formularz Oferty** |
| Dane Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:  Nazwa (firma)\*: ............................................................................................................................................  Adres: ............................................................................................................................................  KRS: ............................................................................................................................................  REGON: ............................................................................................................................................  NIP: ............................................................................................................................................  Tel: ............................................................................................................................................  Faks: ............................................................................................................................................  Adres e-mail: ............................................................................................................................................ |

**Do: Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn**

Nawiązując do ogłoszenia o postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego, pn.: **„Zakup ambulansu typu B wraz z wyposażeniem na potrzeby Klinicznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie”**, znak sprawy: ZPZ-68/10/23, ja/my niżej podpisani\*:

działając w imieniu i na rzecz ww. Wykonawcy /Wykonawców:

1. Składam/y ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia, szczegółowo określonego w wypełnionej Tabeli pn. „Opis przedmiotu zamówienia-wymagania”, zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia za cenę:

**1.1. Cena oferty netto** ..........................................................................................,

podatek VAT ……… % w wysokości ……………………. zł

**Cena oferty brutto** .......................................................................................

(słownie: …………………………………………………………………… brutto), **w tym:**

**1.1.1..Cena pojazdu bazowego**

Cena netto ..........................................................................................,

podatek VAT ……… % w wysokości ……………………. zł

Cena brutto .......................................................................................

(słownie: …………………………………………………………………… brutto)

**1.1.2 Cena zabudowy medycznej i wyposażenia ambulansu**

Cena netto ..........................................................................................,

podatek VAT 8 % w wysokości ……………………. zł

podatek VAT 23 % (jeśli dotyczy) w wysokości ……………………. zł (………… - wpisać nr pozycji z Tabeli Opis przedmiotu zamówienia-wymagania)

Cena brutto .......................................................................................

(słownie: …………………………………………………………………… brutto)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa wyposażenia medycznego | ilość | j.m. | wartość netto | wartość brutto |
| 1 | Zabudowa medyczna | - | - |  |  |
| 2 | Nosze główne | 1 | szt |  |  |
| 3 | Transporter noszy | 1 | szt |  |  |
| 4 | Nosze płachtowe ( pałatka) | 1 | szt |  |  |
| 5 | Nosze podbierakowe | 1 | szt |  |  |
| 6 | Materac próżniowy z pompką | 1 | szt |  |  |
| 7 | Deska ortopedyczna (dla dorosłych) + stabilizator głowy + pasy | 1 | kpl |  |  |
| 8 | Kamizelka Kendricka (KED) | 1 | szt |  |  |
| 9 | Szyny typu Kramera | 1 | zest |  |  |
| 10 | Stetoskop | 1 | szt |  |  |
| 11 | Krzesełko transportowe składane z elektrycznym systemem gąsienicowym | 1 | szt |  |  |
| 13 | Termometr do mierzenia temperatury z błony bębenkowej | 1 | kpl |  |  |
| 14 | Glukometr | 1 | szt |  |  |
| 15 | Aparat do podawania płynów pod ciśnieniem | 1 | szt |  |  |
| 16 | Reduktor do butli tlenowej 10 litrów (z przewodami) | 2 | kpl |  |  |
| 17 | Reduktor do tlenoterapii w przedziale medycznym | 1 | szt |  |  |
| 18 | Butle na tlen 10 litrów | 2 | szt |  |  |
| 19 | Kardiomonitor defibrylator przenośny | 1 | szt |  |  |
| 20 | Urządzenie do kompresji klatki piersiowej | 1 | szt |  |  |
| 21 | Respirator transportowy | 1 | szt |  |  |
| 22 | Ssak akumulatorowo-sieciowy | 1 | szt |  |  |
| 23 | Podgrzewacz do krwi i płynów infuzyjnych | 1 | szt |  |  |
| 24 | Resuscytator ręczny dla niemowląt | 1 | szt |  |  |
| 25 | Resuscytator ręczny dla dzieci | 1 | szt |  |  |
| 26 | Zestaw do Triage z opaskami i kartami segregacyjnymi | 1 | kpl |  |  |
| 27 | Plecak reanimacyjny z ampularium | 1 | szt |  |  |
| 28 | Zestaw kołnierzy ortopedycznych dla dorosłych i dzieci | 1 | kpl |  |  |
| 29 | Kołdra zmywalna | 1 | szt |  |  |
| 30 | Kaski ochronne | 3 | szt |  |  |
| 31 | Uchwyt z możliwością ładownia kompatybilny z pompą infuzyjną Agilia SP MC | 1 | szt |  |  |

2. Zobowiązuję\*(emy\*) się zrealizować przedmiot zamówienia **w terminie do dnia** (wypełnić): **………………12. 2023 r.,**

*(Maksymalny termin realizacji zamówienia – 22.12.2023r. Termin realizacji zamówienia dodatkowo oceniany: do 18.12.2023r.- 5 pkt; do 14.12.2023r. – 10 pkt.).*

3. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.

4. Zamówienie zrealizujemy sami / przy udziale następujących podwykonawców \*\*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*podać firmę ( nazwę) Podwykonawcy oraz część zamówienia (zakres prac, którą Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom)*

**POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

5. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

6. Oferujemy termin realizacji zamówienia zgodny z terminem zadeklarowanym w pkt. 2 Oferty.

7.Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się ze wzorem umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej Oferty, do zawarcia umowy, na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

8. Akceptujemy termin płatności do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.

9. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.

10. Informuję, iż wybór naszej oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, o którym mowa w ustawie z dnia 11.03.2004r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz.U. 2022r., poz. 931 z późn. zm.)*.*

TAK / NIE \*\* .

Jeżeli „Tak” należy podać nazwę (rodzaj) towaru/usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego zastosowania, ich wartość bez kwoty podatku oraz kwoty podatku od towarów i usług która powinna być doliczona do ceny złożonej oferty, o ile nie wynika to z jej treści.:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Oświadczam, iż za wyjątkiem\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Uzasadnienie zastrzeżenia tajemnicy przedsiębiorstwa wskazujące wszystkie przesłanki określone w ustawie z dnia 16 kwietnia 1993 r.   
o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. [Dz.U. 2022, poz.](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000419) 1123) dołączamy do oferty.

12. Oświadczam, iż jesteśmy mikro/małym/średnim przedsiębiorstwem/jednoosobową działalnością gospodarczą/osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej/inny rodzaj (podać)……………\*\*.

13. Korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Korespondencję dotyczącą realizacji umowy należy kierować na adres:

1. Telefon: ...................................................................

Faks: .........................................................................

E-mail: ........................ ...........................................,

1. Dane kontaktowe do zgłaszania awarii, usterek zabudowy medycznej oraz wyposażenia medycznego ambulansu:

Telefon: ....................................................................

Faks: ..........................................................................

E-mail: ......................................................................

15. Oświadczam, że wypełniam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*\*\*.

16. Załącznikami do niniejszej oferty są:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.***

**U W A G A !**

*\* Ww. pozycji Wykonawcy występujący wspólnie (np. konsorcjum, spółka cywilna) wpisują dane wszystkich Wykonawców występujących wspólnie, natomiast w pozostałych pozycjach należy wpisać tylko dane Pełnomocnika występującego w imieniu uczestników występujących wspólnie.*

*\*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\*\* 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).*

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 95/46WE (ogólne rozporządzenia o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*  [↑](#footnote-ref-1)