

PN 15/24 Dostawa wraz z montażem w miejscu użytkowania oraz przekazanie do użytku –
MEBLI MEDYCZNYCH i NIEMEDYCZNYCH oraz POZOSTAŁEGO WYPOSAŻENIA – na potrzeby
nowo powstałego oddziału rehabilitacji.

Załącznik nr 2 do SWZ

FORMULARZ OFERTY

I. DANE WYKONAWCY:

PEŁNA NAZWA WYKONAWCY:

ADRES WYKONAWCY:

WOJEWÓDZTWO:

REGON: NIP:

BANK I NUMER KONTA

.....

TEL. FAX: MAIL:

OSOBA DO KONTAKTU (TEL.; MAIL)

UWAGA - W WYPADKU, GDY WYKONAWCĄ JEST OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ W OFERCIE NALEŻY PODAĆ ADRES ZAMIESZKANIA I PESEL NA ODRĘBNYM DOKUMENCIE (DOKUMENT TEN NIE BĘDZIE UDOSTĘPNIANY INNYM WYKONAWCOM).

Wykonawca jest mikro, małym, średnim, dużym przedsiębiorcą* --> **proszę podkreślić**

II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym **PN 15/24** Dostawa wraz z montażem w miejscu użytkowania oraz przekazanie do użytku – MEBLI MEDYCZNYCH i NIEMEDYCZNYCH oraz POZOSTAŁEGO WYPOSAŻENIA – na potrzeby nowo powstałego oddziału rehabilitacji, zgodnie z warunkami określonymi w SWZ, oferujemy wykonanie przedmiotu¹ zamówienia:

1. Zadania/zadań nr² zgodnie z: Załącznikiem nr 1 do SWZ (Formularz asortymentowo-cenowy dla Zadań 1,2,3,4,5), Załącznikiem nr 1a do SWZ (OPZ dla Zadań 1,2,3,4,5) oraz „Warunkami umowy” załącznik nr 4/4a * do SWZ.

*niepotrzebne skreślić

¹Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

Proszę powtórzyć odpowiednią ilość razy stosownie do oferowanego przedmiotu zamówienia

* 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).

PN 15/24 Dostawa wraz z montażem w miejscu użytkowania oraz przekazanie do użytku –
MEBLI MEDYCZNYCH i NIEMEDYCZNYCH oraz POZOSTAŁEGO WYPOSAŻENIA – na potrzeby
nowo powstałego oddziału rehabilitacji.

2. Cena oferty brutto za realizację całego zamówienia wynosi:

Zadanie 1. Doposażenie sprzętu medycznego.

-zł NETTO

(słownie..... zł)

oraz podatek od towarów i usług (VAT), wg stawki:.....%%

-zł BRUTTO

(słownie.....zł)

**Zadanie 2. Meble medyczne, niemedyczne wymiarowe oraz pod
wymiar.**

-zł NETTO

(słownie..... zł)

oraz podatek od towarów i usług (VAT), wg stawki:.....%

-zł BRUTTO

(słownie.....zł)

Zadanie 3. AGD i RTV.

-zł NETTO

(słownie..... zł)

oraz podatek od towarów i usług (VAT), wg stawki:.....%

-zł BRUTTO

(słownie.....zł)

Zadanie 4. Regały do pomieszczeń szpitalnych.

-zł NETTO

(słownie..... zł)

oraz podatek od towarów i usług (VAT), wg stawki:.....%

-zł BRUTTO

(słownie.....zł)

Zadanie 5. Pozostałe doposażenie pomieszczeń szpitalnych.

-zł NETTO

(słownie..... zł)

oraz podatek od towarów i usług (VAT), wg stawki:.....%

-zł BRUTTO

(słownie.....zł)

Oferowana cena brutto obejmuje:

* 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).

PN 15/24 Dostawa wraz z montażem w miejscu użytkowania oraz przekazanie do użytku –
MEBLI MEDYCZNYCH i NIEMEDYCZNYCH oraz POZOSTAŁEGO WYPOSAŻENIA – na potrzeby
nowo powstałego oddziału rehabilitacji.

- cenę netto oferowanego produktu,
- koszty ubezpieczenia,
- podatek VAT.

oraz wszelkie inne koszty niewymienione wyżej, a konieczne do należytego wykonania
przedmiotu zamówienia.

3. Oferujemy okres gwarancji na przedmiot zamówienia:

- dla Zadania nr 1.....(min. 24 m-ce lub więcej)*
- dla Zadania nr 2.....(min. 24 m-ce lub więcej)*
- dla Zadania nr 3.....(min. 24 m-ce lub więcej)*
- dla Zadania nr 4.....(min. 24 m-ce lub więcej)*
- dla Zadania nr 5.....(min. 24 m-ce lub więcej)*

*należy uzupełnić.

4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA i TERMIN DOSTAWY:

Termin realizacji przedmiotowego zamówienia:

- | | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| - dla Zadania 2 | - do 60 dni od daty zawarcia umowy,* |
| | - 61-75 dni od daty zawarcia umowy,* |
| | - 76-90 dni od daty zawarcia umowy,* |
| | - 90-105 dni od daty zawarcia umowy,* |
-
- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| - dla Zadań 1,3,4,5 | - 10-30 dni od daty zawarcia umowy,* |
|---------------------------|--------------------------------------|

*należy uzupełnić

5. WARUNKI PŁATNOŚCI

1. Należność za realizację w/w przedmiotu zamówienia, nastąpi w PLN przelewem na konto Wykonawcy, za faktycznie wykonaną dostawę w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury.
2. Koszty obsługi bankowej powstałe w banku Zamawiającego pokrywa Zamawiający, koszty obsługi bankowej powstałe poza bankiem Zamawiającego pokrywa Wykonawca.

6. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

* 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).

PN 15/24 Dostawa wraz z montażem w miejscu użytkowania oraz przekazanie do użytku – MEBLI MEDYCZNYCH i NIEMEDYCZNYCH oraz POZOSTAŁEGO WYPOSAŻENIA – na potrzeby nowo powstałego oddziału rehabilitacji.

1. Zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje do przygotowania oferty.
 2. Wszystkie załączniki do oferty stanowią integralną część oferty.
 3. Akceptujemy wskazany w SWZ czas związania ofertą – tj. **90 dni**. Bieg terminu związania z ofertą rozpoczyna się wraz upływem terminu składania ofert.
 4. Powierzmy niżej wymienionym podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia:*)
 - 4.1. (część zamówienia) - (firma podwykonawcy).
 - 4.2. (część zamówienia) - (firma podwykonawcy).
 - 4.3. (część zamówienia) - (firma podwykonawcy).
- * (wypełnić w przypadku udziału podwykonawców albo wykreślić lub pozostawić bez wypełnienia, jeśli nie dotyczy).*
5. Akceptujemy zawarty w SWZ wzór umowy (Załącznik nr 4 do SWZ) i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do podpisania umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
 6. **Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert.**
 7. 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.*

Informujemy, że dokumenty rejestrowe, znajdują się w formie elektronicznej pod następującymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych *(należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat)*

☐ <https://prod.ceidg.gov.pl>

☐ <https://ems.ms.gov.pl>

☐ Inne.....

Pozostałe dokumenty, potwierdzające okoliczności, o których mowa w art. 57 ustawy PZP, które Zamawiający posiada lub może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych:

1).....

2).....

3).....

W przypadku wskazania przez Wykonawcę oświadczeń lub dokumentów będących w posiadaniu Zamawiającego (np. z innych postępowań) należy podać numer referencyjny tego postępowania lub inną jednoznaczną informację pozwalającą zidentyfikować taki dokument/oś.

* 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).

PN 15/24 Dostawa wraz z montażem w miejscu użytkowania oraz przekazanie do użytku –
MEBLI MEDYCZNYCH i NIEMEDYCZNYCH oraz POZOSTAŁEGO WYPOSAŻENIA – na potrzeby
nowo powstałego oddziału rehabilitacji.

8. Działając w imieniu i z upoważnienia ZARZĄDU FIRMY

..... ,

- oświadczam na podstawie art. 225 ustawy PZP, iż wybór Wykonawcy **nie będzie/będzie***
prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

**-oświadczam, że przedstawiciel firmy uczestniczył w obowiązkowej Wizji Lokalnej na
terenie WSS i. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, przy ul. Koszarowej 5 w dniu**:**

.....

*** niepotrzebne skreślić**

**** wpisać**

9. Ofertę niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.

*(Data, pieczęć i podpis osoby/osób
uprawnionej/-ych do podejmowania
zobowiązań)*

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty- załączniki:

Załącznik Nr 1-

Załącznik Nr 2-

Załącznik Nr ...-

* 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).