|  |
| --- |
| **Formularz Oferty**  **Załącznik nr 1 do SWZ** |
| Dane Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:  Nazwa (firma)\*............................................................................................................................................  Adres: ............................................................................................................................................  KRS: ............................................................................................................................................  REGON: ............................................................................................................................................  NIP: ............................................................................................................................................  Tel: ............................................................................................................................................  Faks: ............................................................................................................................................  Adres e-mail: ............................................................................................................................................ |

**Do: Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii   
w Olsztynie, Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym pn.: „Dostawa implantów ortopedycznych”, znak sprawy: ZPZ-64/12/22, ja/my niżej podpisani\*:

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

1. Składam/y ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, zgodnie z podziałem zamówienia na części, za cenę:
2. **Część 1:**

Cena netto : ......................................................................................

Cena brutto: .......................................................................................

Oferujemy **termin uzupełnienia banku implantów**:

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 4 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 3 dni roboczych i mniej od daty złożenia zamówienia

1. **Część 2:**

Cena netto : ......................................................................................

Cena brutto: .......................................................................................

Oferujemy **termin uzupełnienia banku implantów**:

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 4 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 3 dni roboczych i mniej od daty złożenia zamówienia

1. **Część 3:**

Cena netto : ......................................................................................

Cena brutto: .......................................................................................

Oferujemy **termin uzupełnienia banku implantów**:

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 4 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 3 dni roboczych i mniej od daty złożenia zamówienia

1. **Część 4:**

Cena netto : ......................................................................................

Cena brutto: .......................................................................................

Oferujemy **termin uzupełnienia banku implantów**:

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 4 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 3 dni roboczych i mniej od daty złożenia zamówienia

1. **Część 5:**

Cena netto : ......................................................................................

Cena brutto: .......................................................................................

Oferujemy **termin uzupełnienia banku implantów**:

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 4 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 3 dni roboczych i mniej od daty złożenia zamówienia

1. **Część 6:**

Cena netto : ......................................................................................

Cena brutto: .......................................................................................

Oferujemy **termin uzupełnienia banku implantów**:

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 4 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 3 dni roboczych i mniej od daty złożenia zamówienia

1. **Część 7:**

Cena netto : ......................................................................................

Cena brutto: .......................................................................................

Oferujemy **termin uzupełnienia banku implantów**:

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 4 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 3 dni roboczych i mniej od daty złożenia zamówienia

1. **Część 8:**

Cena netto : ......................................................................................

Cena brutto: .......................................................................................

Oferujemy **termin uzupełnienia banku implantów**:

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 4 dni roboczych od daty złożenia zamówienia

□ Termin uzupełnienia „banku implantów”: w terminie 3 dni roboczych i mniej od daty złożenia zamówienia

Wykonawca wskazując termin uzupełnienia banku implantów winien właściwe zaznaczyć przez postawienie znaku „x” w odpowiednim polu. Brak deklaracji wykonawcy zostanie uznany jako zamiar spełnienia minimalnych wymagań.

1. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Zamówienie zrealizujemy sami / przy udziale następujących podwykonawców \*\*:

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

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

**POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

1. Oświadczam, iż zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia   
   i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje   
   do przygotowania oferty.
2. Oferujemy termin realizacji zamówienia: zgodny z SWZ.
3. Oświadczam, 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.
4. Akceptujemy termin płatności do 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
5. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
6. Informuję, iż naszej wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku zastosowania mechanizmu podzielonej płatności (split payment) o którym mowa w art. 15 ustawy z dnia 09 sierpnia 2019 r. o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2019 r., poz. 1751)*.*

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.:

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

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

1. 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. 2019 poz.](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000419) 1010 ze zm.) dołączamy do oferty.
2. Oświadczam, iż jesteśmy małym / średnim / dużym przedsiębiorcą \*\*.
3. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:

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

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

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

1. Korespondencję dotyczącą realizacji umowy należy kierować na adres:
2. Dane kontaktowe do składania zamówień:

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

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

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

1. Dane kontaktowe do składania reklamacji:

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

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

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

1. Oświadczam, że wypełniam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO[[1]](#footnote-2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*\*\*.
2. Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 roku.

….…….………………………

*(podpis osoby upoważnionej*

*do reprezentacji 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-2)