****

***Załącznik nr 1 – formularz ofertowy***

*Dotyczy: postępowania pn. Dostawa aparatury medycznej – znak /2501/53/23*

# Dane wykonawcy

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa: |  |
| Adres: |  |
| województwo |  |  |
| NIP: |  | REGON: |  |  |
| strona www: |  | adres e-mail: |  |
| nr telefonów |  |  |

1. **Przedmiot oferty:**

Oferta dotyczy przetargu w trybie przetargu nieograniczonego pn. Dostawa aparatury medycznej

**Znak: ZP/2501/53/23,**

# Informacje dotyczące oferty;

#  Cena oferty:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer** **części** | **Przedmiot zamówienia** | cena nettoPLN | cena bruttoPLN |
| 1.
 | Aparat RTG przyłóżkowy mobilny |  |  |
|  | Tor wizyjny z wideobronchoskopami do diagnostyki endoskopowej płuc |  |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |  |

#  Okres gwarancji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer części** | **Przedmiot zamówienia** | wymagany minimalny okres gwarancji(w miesiącach) | oferowany okres gwarancjiponad wymagany minimalny(w miesiącach)**\*** |
|  | Aparat RTG przyłóżkowy mobilny | 48 | * 6 miesięcy
* 12 miesięcy
 |
|  | Tor wizyjny z wideobronchoskopami do diagnostyki endoskopowej płuc | 48 | * 6 miesięcy
* 12 miesięcy
 |
|  | Aparat do znieczulenia | 48 | * 6 miesięcy
* 12 miesięcy
 |
|  | Aparat do znieczulenia | 48 | * 6 miesięcy
* 12 miesięcy
 |
|  | Aparat do znieczulenia | 48 | * 6 miesięcy
* 12 miesięcy
 |
|  | Aparat do znieczulenia | 48 | * 6 miesięcy
* 12 miesięcy
 |
|  | Aparat do znieczulenia | 60 | * 6 miesięcy
* 12 miesięcy
 |
|  | Aparat do znieczulenia | 60 | * 6 miesięcy
* 12 miesięcy
 |
|  | Aparat do znieczulenia | 48 | * 6 miesięcy
* 12 miesięcy
 |

**\*niepotrzebne skreślić**

#  Termin realizacji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer części** | **Przedmiot zamówienia** | graniczny wymagany | oferowany termin realizacji(ilość dni kalendarzowych, licząc od daty zawarcia umowy.\* |
|  | Aparat RTG przyłóżkowy mobilny | 29.09.2023 r. |  |
|  | Tor wizyjny z wideobronchoskopami do diagnostyki endoskopowej płuc |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |
|  | Aparat do znieczulenia |  |

**\*zgodnie z treścią cz. VI SWZ (str. Nr 4 i 5)**

1. **Oświadczenia**

Oświadczam, że:

1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz ze wzorze umowy;
2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. Zapoznałem się z SWZ oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte;
4. Akceptuję, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie na zasadach opisanych we wzorze umowy w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury;
5. Zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 RODO opublikowaną na stronie internetowej zamawiającego i akceptujemy jego treść, w związku z uczestnictwem w postępowaniu o udzieleniu zamówienia publicznego.
6. Informuję, że (zaznaczyć właściwe):

☐ wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego

☐ wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług: ................................................................................................................... których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to: ..................................................................zł netto

**Uwaga! W przypadku, gdy wykonawca nie zaznaczy żadnego z wariantów zamawiający przyjmie, że wybór oferty nie będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie zamawiającego.**

1. Oświadczamy, że wykonawca, którego reprezentuję (zaznaczyć odpowiednio):

☐JEST mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem

☐NIE 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 przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

|  |
| --- |
| Data; kwalifikowany podpis elektroniczny  |
|  |