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

*Dotyczy: postępowania pn. Dostawa aparatury medycznej – znak ZP/2501/61/25*

# Dane wykonawcy

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

1. **Przedmiot oferty:**

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

**Znak: ZP/2501/61/25,**

# Informacje dotyczące oferty;

#  Cena oferty:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **nr części** | **przedmiot zamówienia** | cena nettoPLN | cena bruttoPLN |
| 1.
 | Aparat do znieczuleń |  |  |
|  | Centrala monitorująca z 2 monitorami |  |  |
|  | Defibrylator |  |  |
|  | Inkubator CO2 |  |  |
|  | Łóżko specjalistyczne elektryczne |  |  |
|  | Łóżko szpitalne elektryczne |  |  |
|  | Respirator |  |  |
|  | Serwer |  |  |
|  | Stacje diagnostyczne |  |  |
|  | Stół operacyjny |  |  |
|  | USG |  |  |
|  | Wirówka z chłodzeniem |  |  |
|  | Wózek do transportu chorych leżących |  |  |
|  | Wózek do transportu chorych siedzących |  |  |

#  Oferowany okres gwarancji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **nr części** | **przedmiot zamówienia** | wymagany minimalny okres gwarancji(w miesiącach) | oferowany okres gwarancjiponad wymagany minimalny(w miesiącach)**\*** |
|  | Aparat do znieczuleń | 24 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Centrala monitorująca z 2 monitorami | 24 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Defibrylator | 36 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Inkubator CO2 | 24 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Łóżko specjalistyczne elektryczne | 36 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Łóżko szpitalne elektryczne | 36 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Respirator | 24 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Serwer | 36 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Stacje diagnostyczne | 60 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Stół operacyjny | 24 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | USG | 60 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Wirówka z chłodzeniem | 24 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Wózek do transportu chorych leżących | 24 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |
|  | Wózek do transportu chorych siedzących | 24 | * 12 miesięcy
* 24 miesiące
 |

**\*niepotrzebne skreślić lub usunąć**

1. **Oświadczenia**
2. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz ze wzorze umowy;
3. Wykonanie części zamówienia (wskazać tę część) zmierzamy powierzyć Podwykonawcy ( wskazać nazwę jeśli jest on już znany)………………………………………………………………………………………..
4. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
5. Zapoznałem się z SWZ oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte;
6. 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;
7. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507)
8. 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 (skreślić niewłaściwe):

☐ Jest mikroprzedsiębiorstwem

☐ Jest małym przedsiębiorstwem

☐ Jest 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.*

|  |
| --- |
| kwalifikowany podpis elektroniczny  |