

FORMULARZ OFERTOWY

Uwaga: *Wypełnia w całości i podpisuje Wykonawca*

Dane Wykonawcy:

Nazwa (firma)/imię i nazwisko Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie:

.....

Adres Wykonawcy:

Ulica, nr domu/nr lokalu:

Miejscowość i kod pocztowy:

Województwo:

tel. /

fax./

Adres ePUAP:

Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorstwem*

☐ TAK

☐ NIE

*zaznaczyć „x” właściwe

Ogólnodostępna i bezpłatna baza z której Zamawiający może samodzielnie pozyskać dokumenty wskazane przez Wykonawcę tj.: CEIDG i KRS*:

.....

* podać adres strony internetowej

Osoba do kontaktu:

Imię i nazwisko:

adres e-mail:

Oferta dotyczy przetargu nieograniczonego ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie ul. Młyńska 2, Nr DG/1/38/20 na:

„Dostawę zespołów ortopedycznych - różnych dla SPZOZ w Krotoszynie”

w okresie 24 miesiące licząc od daty początku terminu realizacji umowy

I. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami SIWZ za cenę podaną w Formularzu cenowym.

II. Oświadczamy, że:

1. W cenie niniejszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.

2. Zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
4. Zawarte w SIWZ warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym
6. W przypadku otrzymania zamówienia, koordynatorem nadzorującym realizację postanowień umownych zostanie Pan(i):
.....

telefon kontaktowy.....

7. Wszelkie płatności związane z realizacją umowy, w przypadku wyboru Naszej oferty, Zamawiający przekazywał będzie na konto nr:
.....

8. **Wszystkie oferowane przez nas produkty posiadają aktualne, obowiązujące w świetle przepisów certyfikaty CE/deklaracje zgodności/ wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych i Podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do użycia, katalogi i foldery, i zobowiązujemy się do przedstawienia ich na każde żądanie Zamawiającego.**

9. **Akceptujemy termin płatności : 60 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego.**

10. **Zamierzamy powierzyć podwykonawcy następującą część zamówienia:**

.....*

Należy również wskazać procentową (%) lub kwotową(zł) wartość zamówienia:

.....

/nie zamierzamy powierzyć podwykonawcy żadnej części zamówienia.*

* niepotrzebne skreślić

11. Oferta została złożona nastronach, kolejno ponumerowanych od nr **01** do nr.....

12. Oświadczamy, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa/
Oświadczamy, że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa /*

* niepotrzebne skreślić

Jeżeli Wykonawca nie zakreślił żadnej z powyższych opcji, Zamawiający przyjmie, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.

13. Oświadczamy, że wypełniamy 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.

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 (np. przez jego wykreślenie).

III. Termin dostawy:.....dni (podać zaoferowany termin dostawy).

Zamawiający wymaga dostawy w ciągu maksymalnie 5 dni roboczych, minimalnie 3 dni robocze.

IV. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)