FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:** |  |
| pełna nazwa/firma  adres  NIP/PESEL, KRS/CEiDG (w zależności od podmiotu) |  |
| numer telefonu/faxu  adres poczty elektronicznej |  |
| reprezentowany przez (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji) |  |
| osoba do kontaktu |  |
| adres mailowy |  |

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie podejmujemy się zrealizowania zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ.

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia/zamówienie publiczne pn.: |
| **Dostawa artykułów terapeutycznych** |

|  |
| --- |
| **Oferta realizacji przez Wykonawcę zamówienia w ramach ………… (\*) Pakietów, wg poniższego:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nr załącznika do SWZ** | **OFERTA WYKONAWCY (\*\*)** | | | |
| **Kwota [cena] netto**  **zł** | **Kwota podatku VAT**  **zł** | **Kwota [cena] brutto**  **zł** | **Termin płatności**  [45 dni lub  60 dni] |
| Pakiet I | Załącznik nr 1.1 do SWZ |  |  | cyfrowo: |  |
| słownie: |
| Pakiet II | Załącznik nr 1.2 do SWZ |  |  | cyfrowo: |  |
| słownie: |
| Pakiet III | Załącznik nr 1.3 do SWZ |  |  | cyfrowo: |  |
| słownie: |
| Pakiet IV | Załącznik nr 1.4 do SWZ |  |  | cyfrowo: |  |
| słownie: |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy:** 12 miesięcy, licząc od dnia podpisania umowy.

**Jednocześnie Wykonawca, którego reprezentuje oświadcza, że:**

1. zapoznał się z warunkami określonymi w treści SWZ oraz jej załącznikach i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje warunki w nich zawarte w całości;
2. zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosi do niego zastrzeżeń;
3. ujął w złożonej ofercie wszystkie elementy i koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia; cena brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty;
4. związany jest niniejszą ofertą do dnia wskazanego przez Zamawiającego w treści SWZ;
5. akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone szczegółowo przez Zamawiającego w paragrafie 3 wzorów umów – załącznikach nr 4 - 7 do SWZ;
6. zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Wykonawca oświadcza, iż: (\*\*\*)

|  |  |
| --- | --- |
|  | jest mikro przedsiębiorcą |
|  | jest małym przedsiębiorcą |
|  | jest średnim przedsiębiorcą |
|  | prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą |
|  | jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej |
|  | inny rodzaj, jaki ............ |

**Uwaga!**

Porównaj zalecenie Komisji z 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U.L.124 z 20.05.2003, s.36) Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych. 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 przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami, i które zatrudniają mniej niż 250 osób, i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

**Dane do umowy (\*\*\*\*)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:** | | | |
| Imię i nazwisko | | Stanowisko | |
|  | |  | |
| **Osoba/y odpowiedzialna/e za realizację umowy ze strony Wykonawcy:** | | | |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | | Nr telefonu/ e-mail |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| **Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą, zarejestrowany we właściwym dla Wykonawcy Urzędzie Skarbowym:** | | | |
| Nazwa i adres banku | Nr rachunku | | |
|  |  | | |

**Formularz niniejszy powinien być podpisany podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.**

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

(\*) Uzupełnić na ile pakietów Wykonawca składa ofertę.

(\*\*) Uzupełnić:

- cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - wypełnić po sporządzeniu Formularza/y cenowego/ych – załączniki nr 1.1 – 1.4 do SWZ. Formularz/e cenowy/e Wykonawca przekazuje Zamawiającemu wraz z ofertą i stanowi/ą on/e obligatoryjny/e załącznik/i do niniejszego Formularza Ofertowego Wykonawcy.

- termin płatności - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin płatności 45 dni lub 60 dni liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej dostawę. Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pole) Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował 30 dniowy termin płatności.

(\*\*\*) właściwe zaznaczyć;

(\*\*\*\*) uzupełnić.