**Załącznik nr 1**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres siedziby Wykonawcy albo imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres siedziby Wykonawcy |  |
| Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko) |  |
| Nr telefonu, faksu |  |
| Regon |  |
| NIP |  |
| BDO |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Internet: http:// |  |
| e-mail |  |
| KRS (jeśli dotyczy) |  |

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO IM. WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI – CENTRALNEGO SZPITALA WETERANÓW  
90-549 ŁÓDŹ, UL. ŻEROMSKIEGO 113**

Nawiązując do zapytania ofertowego

|  |  |
| --- | --- |
| z dnia: |  |

**na Dostawę implantów dla Kliniki Ortopedii**, numer sprawy **30/PP/ZP/D/2024**:

1. Oferujemy dostawę towaru spełniającego wymagania określone w Formularzu asortymentowo-cenowym (załącznik nr 2), na warunkach określonych we wzorze umowy (załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego), stanowiących integralną część oferty.
2. **Oferowany towar (dostarczany i użyczany) posiada Deklaracje zgodności UE oraz oznakowanie CE, które załączamy do oferty dla każdej pozycji, zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym.**
3. Zobowiązujemy się do realizowania **dostaw towaru w ramach uzupełnienia „Banku implantów”** (termin dostawy liczony od dnia przesłania powiadomienia o wykorzystaniu powierzonego w ramach „Banku implantów” towaru) w terminie:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość godzin\*** (maksimum 48 godzin) |  |

*\* od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, licząc od dnia złożenia zamówienia*

*\* UWAGA W przypadku nie wpisania oferowanego terminu dostawy, Zamawiający przyjmie, iż Wykonawca oferuje termin 48 godzin*

1. Proponowany termin płatności od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury, na warunkach i zgodnie z postanowieniami wzoru umowy:

|  |  |
| --- | --- |
| **minimum 45 dni / maksimum 60 dni\*** |  |

*\* W przypadku nie wpisania oferowanego terminu płatności, Zamawiający przyjmie, iż Wykonawca oferuje termin 60 dni.*

1. Zobowiązujemy się umieszczać **na każdej fakturze PRAWIDŁOWĄ nazwę Zamawiającego**, która brzmi: ***Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów*,** lub skróconą, która brzmi: ***Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów*.**
2. Należność będzie wpłacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy wskazany na fakturze, który jest zgodny

***\* (proszę niewłaściwe skreślić):***

|  |
| --- |
| * z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista – **w przypadku podatników VAT \*** |

|  |
| --- |
| * z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością – **w przypadku innych podatników** **\*** |

1. Zamówienie będzie realizowane przez **3 miesiące** od dnia zawarcia umowy, na podstawie cząstkowych zamówień.
2. Potwierdzamy spełnianie wymaganego warunku, aby dostarczony przedmiot zamówienia miał, co najmniej 12–miesięczny termin przydatności do użycia – licząc od dnia dostawy towaru do Zamawiającego (z wyjątkiem wyrobów niesterylnych dla których nie określa się terminu ważności).
3. Potwierdzamy, że przekażemy Zamawiającemu na zasadzie użyczenia na okres obowiązywania umowy instrumentarium oraz kasety do sterylizacji, na zasadach określonych w §2A wzoru umowy (załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego).

10.1 W czasie trwania użyczenia wszelkie naprawy umożliwiające prawidłowe użytkowanie oraz wymianę części zużywalnych przedmiotu użyczenia, a niewynikające z winy Zamawiającego, świadczone będą bez dodatkowych kosztów dla Zamawiającego przez serwis Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa, adres, nr tel., e-mail |  |

1. W przypadku stwierdzenia wad jakościowych towaru Zamawiający niezwłocznie powiadomi o tym Wykonawcę, który rozpatrzy reklamację dotyczącą wad jakościowych w ciągu **48 godzin (w dni robocze).** Sprawdzenie towaru następuje u Zamawiającego. Brak stanowiska Wykonawcy w terminie określonym w zdaniu 1. będzie uznane za pozytywne rozpatrzenie reklamacji.
2. W przypadku stwierdzenia wad jakościowych lub braków ilościowych towaru Zamawiającemu przysługuje dostawa brakującego towaru lub towaru wolnego od wad w terminie **48 godzin w (dni robocze)**, licząc od dnia pozytywnego rozpatrzenia reklamacji.
3. W przypadku stwierdzenia braków ilościowych, Wykonawca zobowiązany jest uzupełnić dostawę w terminie **do 48 godzin (w dni robocze)** od dnia zgłoszenia braków. Nie pozbawia to Zamawiającego możliwości obciążenia Wykonawcy karą umowną.
4. Przystępując jako Wykonawca do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **Dostawę implantów dla Kliniki Ortopedii**, niniejszym oświadczamy, że wszystkie oferowane przez nas towary, zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym - załącznik nr 1a, posiadają aktualne dopuszczenia do obrotu na rynek polski zgodnie z ustawą z dnia 07 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 974, z późn.zm.), które w każdej chwili na żądanie Zamawiającego przedłożymy do wglądu oraz, że ponosimy pełną odpowiedzialność za wszelkie ewentualne szkody powstałe u Zamawiającego lub osób trzecich w związku z zastosowaniem dostarczonego przez nas towaru nie spełniającego przedmiotowych wymogów.
5. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego okresu niezmienności cen przez okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem wzoru umowy.
6. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego warunku, iż w okresie obowiązywania umowy dodatkowe rabaty oraz promocje producenckie skutkujące obniżeniem cen towarów, stanowiących przedmiot umowy, w odniesieniu do cen zaproponowanych w ofercie będą honorowane przez Zamawiającego, jeśli będą zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
7. Zamówienia Zamawiający może składać do Wykonawcy na:

|  |  |
| --- | --- |
| e-mail  nr tel./fax |  |

1. Wszelkie nieprawidłowości związane z wykonywaniem umowy, z którymi wiąże się liczenie terminów reakcji Wykonawcy należy zgłaszać na:

|  |  |
| --- | --- |
| e-mail  tel./fax |  |

1. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy po stronie Wykonawcy jest:

|  |  |
| --- | --- |
| imię i nazwisko  e-mail/tel./fax |  |

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z załączonym wzorem umowy, a także ewentualnymi modyfikacjami, dopuszczeniami, i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że wzór umowy, stanowiący załącznik nr 5 do zapytania ofertowego został przez nas zaakceptowany w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.
3. Niniejszym, informujemy, że **dostawa towaru**, oferowanego w ramach ww. postępowania **prowadzi\* / nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.

Niżej wymienione towary lub świadczenie usługi, oferowane w ramach niniejszego postępowania prowadzą w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

|  |
| --- |
|  |

**\* zaznaczyć właściwe** *(należy podać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, wskazać ich wartość bez kwoty podatku oraz stawkę podatku vat).*

*\*\* W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.*

1. Dostawy wykonamy **sami / przy udziale Podwykonawcy**\*. Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia na dostawę:

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| nazwy Podwykonawców, jeżeli są już znani: |  |

***UWAGA \*Niepotrzebne skreślić.*** *W przypadku nie wpisania części zamówienia, którą zrealizuje Podwykonawca, Zamawiający przyjmuje, że Wykonawca wykona zamówienie sam.*

1. Zamówienie zrealizujemy (odpowiednie wypełnić):

a) **sami**

b) **w konsorcjum z:**

|  |
| --- |
|  |

1. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

|  |
| --- |
|  |

1. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem 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 –

|  |
| --- |
| **DOTYCZY / NIE DOTYCZY\*** |

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 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

***\**** *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 –* ***należy niepotrzebne skreślić.***

*W przypadku nie skreślenia żadnej z opcji, Zamawiający przyjmie, iż powyższe oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy.*

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

*Data*

|  |
| --- |
|  |

*Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy*