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 mebli i wyposażenia medycznego oraz rehabilitacyjnego do pomieszczeń oddziału szpitalnego - II piętro budynku nr 102** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **OFERTA WYKONAWCY (\*)** | | | | |
| **Kwota [cena] netto**  **zł** | **Kwota podatku VAT**  **zł** | **Kwota [cena] brutto**  **zł** | | **Dodatkowa gwarancja**  [od 1 do 24 miesięcy] |
| **Pakiet I**  **Wyposażenie medyczne**  **(załącznik nr 1.1 do SWZ)** |  |  | cyfrowo: |  |  |
| słownie: |  |
| **Pakiet II**  **Meble medyczne**  **(załącznik nr 1.2 do SWZ)** |  |  | cyfrowo: |  |  |
| słownie: |  |
| **Pakiet III**  **Wyposażenie**  **rehabilitacyjne i do terapii zajęciowej (załącznik nr 1.3 do SWZ)** |  |  | cyfrowo: |  |  |
| słownie: |  |  |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy:** do 45 dni, licząc od dnia zawarcia 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 11 wzorów umów – załącznikach nr 4 – 6 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:

- cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - po sporządzeniu Formularza/-y cenowego/-ych – załączników nr 1.1 – 1.3 do SWZ. Obligatoryjnym/-i załącznikiem/-ami do niniejszego Formularza jest/są Formularz/-e cenowy/-e. Formularz cenowy Wykonawca składa z ofertą.

- ilość dodatkowej gwarancji na przedmiot zamówienia - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu dodatkowy okres gwarancji na dostarczony przedmiot zamówienia, wynoszący minimum 1 miesiąc do maksymalnie 24 miesięcy, liczony od dnia następnego, w którym upłynął obowiązkowy 24 miesięczny okres rękojmi. Brak informacji o ilości miesięcy dodatkowego okresu gwarancji w Formularzu ofertowym Wykonawcy oznacza jego nie zaoferowanie.

(\*\*) właściwe zaznaczyć;

(\*\*\*) uzupełnić.