**Formularz ofertowy Wykonawcy**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

............................................................................

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

*............................................................................*

*............................................................................*

*(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.: |
| Dostawy drobnego sprzętu medycznego i środków ochrony indywidualnej |

|  |
| --- |
| **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**  [30 dni lub  45 dni lub  60 dni] | **Termin realizacji dostawy**  [od 2 do  4 dni roboczych] |
| 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:* |
| Pakiet V | Załącznik nr 1.5 do SWZ |  |  | *Cyfrowo:* |  |  |
| *Słownie:* |
| Pakiet VI | Załącznik nr 1.6 do SWZ |  |  | *Cyfrowo:* |  |  |
| *Słownie:* |
| Pakiet VII | Załącznik nr 1.7 do SWZ |  |  | *Cyfrowo:* |  |  |
| *Słownie:* |
| Pakiet VIII | Załącznik nr 1.8 do SWZ |  |  | *Cyfrowo:* |  |  |
| *Słownie:* |
| Pakiet IX | Załącznik nr 1.9 do SWZ |  |  | *Cyfrowo:* |  |  |
| *Słownie:* |
| Pakiet X | Załącznik nr 1.10 do SWZ |  |  | *Cyfrowo:* |  |  |
| *Słownie:* |
| Pakiet XI | Załącznik nr 1.11 do SWZ |  |  | *Cyfrowo:* |  |  |
| *Słownie:* |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy** – 12 miesięcy licząc od dnia 16.05.2022r.

**Jednocześnie Wykonawca, którego reprezentuje:**

1) Oświadcza, że zapoznał się z warunkami określonymi w treści SWZ oraz jej załączników i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje warunki w nich zawarte w całości.

2) Oświadcza, że zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosi do niego zastrzeżeń.

3) Oświadcza, że ujął w złożonej ofercie wszystkie elementy i koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia. Cena ryczałtowa brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

4) Oświadcza, że związany jest niniejszą ofertą do dnia wskazanego przez Zamawiającego w SWZ.

5) Akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone w następujący sposób:

*Zapłata wynagrodzenia należnego Wykonawcy za realizację dostawy częściowej nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy. Zamawiający dokona zapłaty wynagrodzenia w terminie zadeklarowanym przez Wykonawcę, licząc dni od dnia otrzymania faktury od Wykonawcy.*

6) Zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7) Oświadcza, że jest:

**MIKROPRZEDSIĘBIORSTWEM / MAŁYM PRZEDSIĘBIORSTWEM / ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWEM / ŻADNYM Z POWYŻSZYCH (\*\*)**

**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 (wypełnić po sporządzeniu Formularza/y cenowego/ych - załączniki nr 1.1 – 1.11 do SWZ). Formularz/e cenowy/e Wykonawca przekazuje Zamawiającemu wraz z ofertą i stanowi on obligatoryjny załącznik do Formularza Ofertowego Wykonawcy.

(\*\*) Niepotrzebne skreślić.

(\*\*\*) Uzupełnić.