|  |
| --- |
| ***Załącznik nr 2 do SWZ*** |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |

|  |  |
| --- | --- |
| **OFERTA**  **SPZZOZ w Gryficach**  ul. Niechorska 27  72-300 Gryfice  W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w **trybie przetargu nieograniczonego** na podstawie art. 132 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych pt:  **Dostawa sprzętu medycznego w ramach programu „Zwiększenie efektywności ratownictwa medycznego świadczonego przez SOR przy SPZZOZ w Gryficach -  II część”** | |
| 1. **DANE WYKONAWCY:**   Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:**………………..…………………………………………………..**  **Nazwa Wykonawcy**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **ul.**  ............................................................................  **kod pocztowy:** …………………………………………………….  **miejscowość:** ………………………………………………………  **województwo:** ……………………………………………………  **KRS:** ………………………………………………………………….  **NIP:** ………………………………………………………………….  **REGON:** ……………………………………………………………  **WYKONAWCA jest mikroprzedsiębiorcą –tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA jest małe przedsiębiorstwo –tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA jest średnie przedsiębiorstwo –tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA jest jednoosobowa działalność gospodarcza –tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA jest osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej –tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej- tak** *□***nie** *□*  **WYKONAWCA pochodzi z innego państwa członkowskiego nie będącego członkiem Unii Europejskiej- tak** *□***nie** *□*  **● *Niepotrzebne skreślić, zaznaczyć tak lub nie X***  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:**.…………………………………………..………………………………………..…………………**  Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem: **………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………**  Tel**……………………………………………………….**. e-mail**……………………………………………………………………………………………**  Adres do korespondencji, *(jeżeli jest inny niż adres siedziby*): **……………………………………………………….………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………….** | |
| 1. **OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA *– (należy podać nr pakietu)***   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| 1. **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA:**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA BRUTTO PLN** | **PAKIET NR 1 *(zgodnie z załącznikiem 1.1 do SWZ)***   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **LP.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | | **1.** | **Defibrylator / monitor** | **2**  **szt.** |  |  |  |   Niniejszym oferuję realizację przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ:    **……………… zł brutto**  **PAKIET NR 2 *(zgodnie z załącznikiem 1.2 do SWZ)***   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **LP.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | | **1.** | **EKG** | **4**  **szt.** |  |  |  |   Niniejszym oferuję realizację przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ:  **……………… zł brutto**  **PAKIET NR 3 *(zgodnie z załącznikiem 1.3 do SWZ)***   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **LP.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | | **1.** | **Pompa infuzyjna** | **10**  **szt.** |  |  |  |   Niniejszym oferuję realizację przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ:  **……………… zł brutto**  **PAKIET NR 4 *(zgodnie z załącznikiem 1.4 do SWZ)***   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **LP.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | | **1.** | **Respirator stacjonarny** | **2**  **szt.** |  |  |  |   Niniejszym oferuję realizację przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ:  **……………… zł brutto**  **PAKIET NR 5 *(zgodnie z załącznikiem 1.5 do SWZ)***   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **LP.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | | **1.** | **Respirator transportowy** | **3**  **szt.** |  |  |  |   Niniejszym oferuję realizację przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ:  **……………… zł brutto**  ***NALEŻY WYPEŁNIĆ DLA PAKIETÓW, DLAKTÓRYCH SKŁADANA JEST OFERTA*** |   \***ŁĄCZNA CENA OFERTOWA** stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SWZ. | |
| 1. **OŚWIADCZENIA:** 2. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz ze wzorze umowy; 3. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 4. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 5. uważamy się za związanych niniejszą ofertą do **11.06.2024 r.** licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem); 6. akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie (na zasadach opisanych we wzorze umowy) w terminie **do 30 dni** od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury; 7. wadium w wysokości **– /nie żąda do sprawy 10/24/ PLN** (słownie: \_złotych), zostało wniesione w dniu ............................................................., w formie: …..……................***nie dotyczy***..............................................................; 8. prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 98 ustawy PZP, na następujący rachunek: …...………………......................................***nie dotyczy***........................................................…...………; | |
| 1. **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:** 2. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 3. zobowiązujemy się do wniesienia najpóźniej w dniu zawarcia umowy zabezpieczenia należytego wykonania umowy – ***nie dotyczy***; 4. osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest .........................................................................................................................................................................   e-mail: ………...……........………….…………………..……....….tel./fax: .....................................................………………..;   1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........................................................................................................................................................... | |
| 1. **SPIS TREŚCI:**   Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:   1. ......................................................................................................................................................... 2. ......................................................................................................................................................... 3. ......................................................................................................................................................... 4. ......................................................................................................................................................... | |
| …………………………………………………  *(Miejscowość, data)* | .....................................................................................  *(Dokument należy złożyć opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym)* |