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

|  |
| --- |
| **OFERTA** **SPZZOZ w Gryficach** ul. Niechorska 27 72-300 GryficeW 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)* |