**Załącznik nr 2 do SIWZ**

.

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

*(adres i nazwa wykonawcy)*

**Formularz ofertowy**

Ja (My), niżej podpisany(-ni) ...................................................................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :

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

(pełna nazwa wykonawcy)

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

(adres siedziby wykonawcy)

zarejestrowanego w Sądzie Rejonowym …………………….............................................................................

wpisanego do **Krajowego Rejestru Sądowego** pod numerem ……………………………., wysokość kapitału zakładowego ………………………………………………….\*

lub wpisanym do **Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej**\* (*niepotrzebne skreślić*)

NIP .................................., REGON ……………………….

Nr konta bankowego: ………………………………………………………………………………………………………………………

Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniu:

Nr telefonu: …………………………………………………………

Nr faxu: ……………………………………………………………….

e-mail: ………………………………………………………………...

**Adres do korespondencji** (jeżeli jest inny niż adres siedziby):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym pn.:

**„Dostawa i montaż sprzętu medycznego w ramach projektu "Rozbudowa wraz z przebudową budynku szpitala SPZZOZ w Gryficach dla bloku operacyjnego, oddziałów zabiegowych, ortopedyczno-urazowego i chirurgicznego, apteki centralnej, sterylizatorni wraz z wyposażeniem” cz. IX”**

**składam(-my) niniejszą ofertę na pakiet/pakiety nr**…………………………(*należy wpisać nr zadania/zadań/ zamówienie na które Wykonawca składa ofertę).*

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oferuję(-jemy) **wykonanie zamówienia** zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach płatności określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę brutto podaną w załączniku nr 1 do SIWZ odpowiednio dla poszczególnego pakietu.

**Pakiet nr 1** – Komory laminarne dla Apteki Szpitalnej ***Załącznik nr 1.1 do SIWZ***

**Pakiet nr 2** – Autoklaw parowy do Apteki szpitalnej ***Załącznik nr 1.2 do SIWZ***

**Pakiet nr 3** – Wyposażenie Apteki szpitalnej ***Załącznik nr 1.3 do SIWZ***

**Pakiet nr 4** - Wagi labolatoryjne i medyczne ***Załącznik nr 1.4 do SIWZ***

**Pakiet nr 1 – Komory laminarne dla Apteki Szpitalnej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| **Komora laminarna** | **2 szt.** |  |  |  |

**Łączna wartość brutto wyrażona w zł pakiet nr 1** *(wpisać liczbą)…………………………………………… (wpisać słownie)………………………………………………………………………………………………………*

**Termin gwarancji** ………………………………..

**Pakiet nr 2** – **Autoklaw parowy do Apteki szpitalnej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| **Autoklaw parowy** | **1 szt.** |  |  |  |

**Łączna wartość brutto wyrażona w zł pakiet nr 2** *(wpisać liczbą)…………………………………………… (wpisać słownie)………………………………………………………………………………………………………*

**Termin gwarancji** ………………………………..

**Pakiet nr 3 – Wyposażenie Apteki Szpitalnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | | **Cena jednostkowa brutto** | | **Stawka VAT** | | **Wartość brutto** | |
| **Sterylizator powietrzny 150 l** | **1 szt.** | |  | |  | |  | |
| **Sterylizator powietrzny 220 l** | **1 szt.** | |  | |  | |  | |
| **Demineralizator/system uzdatniania wody** | **1 szt.** |  | |  | |  | |

**Łączna wartość brutto wyrażona w zł pakiet nr 3** *(wpisać liczbą)…………………………………………… (wpisać słownie)………………………………………………………………………………………………………*

**Termin gwarancji** ………………………………..

**Pakiet nr 4 – Wagi laboratoryjne i medyczne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| **Waga osobowa** | **2 szt.** |  |  |  |
| **Waga apteczna (typ 1)** | **1 szt.** |  |  |  |
| **Waga apteczna (typ 2)** | **1 szt.** |  |  |  |
| **Waga apteczna (typ 3)** | **1 szt.** |  |  |  |

**Łączna wartość brutto wyrażona w zł pakiet nr 4** *(wpisać liczbą)…………………………………………… (wpisać słownie)………………………………………………………………………………………………………*

**Termin gwarancji** ………………………………..

1. Oświadczam(-my), że sprzęt medyczny, stanowiący przedmiot zamówienia będę(-dziemy) dostarczać na swój koszt do siedziby Zamawiającego przy ul. Niechorskiej 27 w Gryficach; w godzinach od 07:30 do
2. 14:00 w dni robocze, zgodnie z terminami wskazanymi w umowie, której projekt stanowi załącznik nr 4.1 (dotyczy pakietów od 1 do 8) oraz 4.2 (dotyczy pakietu nr 9) do SIWZ wraz z niniejszą ofertą,
3. Oświadczam(-my), że jestem(-śmy) związany(-ni) niniejszą ofertą przez okres **60 dni** od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam(-my), że przedmiot zamówienia spełnia normy jakościowe oraz posiada wymagane świadectwa dopuszczenia do stosowania w Służbie Zdrowia, na terenie RP zgodnie z obowiązującym prawem.
5. Oświadczam(y), iż realizując zamówienie będę / będziemy stosować przepisy rozporządzenia 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 2016.119.1, dalej – „RODO”).
6. Oświadczam(y), że wypełniłem / wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem / pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
7. Działając w oparciu o art. 91 ust. 3a ustawy Prawo zamówień publicznych informuję, że wybór mojej oferty:

- **nie będzie prowadził** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług,\*

- **będzie prowadził** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (podatek będzie zobowiązany doliczyć do zaoferowanej ceny i odprowadzić Zamawiający).\*

Podatek ten dotyczył następujących pozycji wskazanych w Formularzu ofertowym dla:

1) pakietu nr ……/części \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ poz \_\_\_ wartość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ poz \_\_\_ wartość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) pakietu nr …/części\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ poz \_\_\_ wartość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ poz \_\_\_ wartość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\*

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* wypełnić jeśli dotyczy – odrębnie w odniesieniu do każdej części wskazując na wszystkie pozycje Formularza ofertowego dla danej części, od których podatek od towarów i usług zobowiązany będzie doliczyć i odprowadzić Zamawiający)*

1. Oświadczam(-y), że jestem mikroprzedsiębiorstwem, bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem:

TAK\*/NIE\*

*\*niepotrzebne skreślić*

UWAGA:

W przypadku przedsiębiorstwa, które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EURO lub którego roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO – należy skreślić NIE.

1. Oświadczam(-my), żezobowiązuję(-jemy) się wykonać cały zakres przedmiotu zamówienia siłami własnymi\*/lub przy pomocy podwykonawców\* (należy wówczas wypełnić poniższą tabelę) - \*niepotrzebne skreślić

**Wykaz części zamówienia, które wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Powierzony zakres przedmiotu umowy wraz z % udziałem** | **Nazwa Wykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z warunkami zawartymi w SIWZ oraz projekcie umowy i akceptuję(-emy) je w całości. W razie wybrania mojej (naszej) oferty zobowiązuję(-jemy) się do podpisania umowy na warunkach zawartych w projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 4 do SIWZ oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
2. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowane zamówienia następować będzie częściami ( na zasadach opisach w projekcie umowy), w terminie 14 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
3. Wadium o wartości ……………… zł (słownie: ………………….. zł ………./100 gr), zostało wniesione w dniu ………........, w formie: ………………………………………………………..
4. Proszę (prosimy) o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 46 ustawy Pzp, na następujący rachunek: …………………………………………………………………………………….
5. Oświadczam(-my), że oferta nie zawiera/zawiera (*właściwe podkreślić*) informacji(-e) stanowiących(-e) tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

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

**Osobą upoważnioną do podpisania umowy jest:**

……………………………………………………………………………

(imię nazwisko – stanowisko)

**Osobą odpowiedzialną za realizację umowy i upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym ze strony Wykonawcy jest: …………………………………..……………………..** tel. kont.: ………………………….(imię nazwisko – stanowisko)

Ofertę składam(-my) na ................................ kolejno ponumerowanych stronach.

Na ofertę składają się :

1. ...................................
2. ...................................
3. ...................................
4. ………………………………..
5. ………………………………..
6. ………………………………..
7. …………………………………

*Świadom odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia oferty (art. 297 k.k.)*

…………………………….. ……..………………………………………………..……………………………

*(miejscowość, data) (podpis kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby / osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu*