K-dzpz/21-ZO/2023 Załącznik nr 2

**Nazwa (Firma) Wykonawcy**

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

Adres:………………………………………………………………………… województwo…………………………………..

Tel……………………………E-mail……………………………………………………………………………………………………

NIP…………………. REGON:…………………KRS……………………CEiDG…………………………………………………

(w zależności od podmiotu)

**Akademia Tarnowska**

**w Tarnowie**

**ul. Mickiewicza 8**

**33-100 Tarnów**

# FORMULARZ OFERTY

Na podstawie zapytania ofertowego na **„Dostawa urządzeń do pracowni kosmetologii Akademii Tarnowskiej”** - oferujemy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zapytania ofertowego na następujących warunkach:

**Część 1\* - Mikrodermabrazja plus cellulogia:**

\* skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy

**wartość netto** ..................................... zł

stawka VAT ……. tj. ……………. zł

**cena brutto** ..................................... zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**(C x E) | **Stawka VAT [%]** |  **Cena brutto [zł]** | **Producent, model,****nr katalogowy**(o ile posiada) |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 1 | **Mikrodermabrazja plus cellulogia** | 4 | szt. |  |  |  |  |  |

*(UWAGA: cena brutto oferty stanowi kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie zasadami opisanymi w rozdziale VI Zapytania ofertowego)*

Okres gwarancji wynosi…………………miesiące (**proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział III pkt 4 zapytania ofertowego)**

Termin realizacji – do …………………..dni **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział V zapytania ofertowego)**

**Część 2\* - Lampa sollux z filtrem czerwonym:**

\* skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy

**wartość netto** ..................................... zł

stawka VAT ……. tj. ……………. zł

**cena brutto** ..................................... zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**(C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Cena brutto [zł]** | **Producent, model,****nr katalogowy**(o ile posiada) |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 1 | **Lampa sollux** **z filtrem czerwonym** | 4 | szt. |  |  |  |  |  |

 *(UWAGA: cena brutto oferty stanowi kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie zasadami opisanymi w rozdziale VI Zapytania ofertowego)*

Okres gwarancji wynosi…………………miesiące (**proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział III pkt 4 zapytania ofertowego)**

Termin realizacji – do …………………..dni **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział V zapytania ofertowego)**

**Część 3\* - Elektrokoagulator:**

\* skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy

**wartość netto** ..................................... zł

stawka VAT ……. tj. ……………. zł

**cena brutto** ..................................... zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**(C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Cena brutto [zł]** | **Producent, model,****nr katalogowy**(o ile posiada) |
| A | B | C | D | E | F | G | I | J |
| 1 | **Elektrokoagulator** | 2 | szt. |  |  |  |  |  |

 *(UWAGA: cena brutto oferty stanowi kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie zasadami opisanymi w rozdziale VI Zapytania ofertowego)*

Okres gwarancji wynosi…………………miesiące (**proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział III pkt 4 zapytania ofertowego)**

Termin realizacji – do …………………..dni **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział V zapytania ofertowego)**

**Część 4\* -** **Zestaw do przekłuwania uszu:**

\* skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy

**wartość netto** ..................................... zł

stawka VAT ……. tj. ……………. zł

**cena brutto** ..................................... zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**(C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Cena brutto [zł]** | **Producent, model,****nr katalogowy**(o ile posiada) |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 1 | **Zestaw do przekłuwania uszu**  | 2 | szt. |  |  |  |  |  |

 *(UWAGA: cena brutto oferty stanowi kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie zasadami opisanymi w rozdziale VI Zapytania ofertowego)*

Okres gwarancji wynosi…………………miesiące (**proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział III pkt 4 zapytania ofertowego)**

Termin realizacji – do …………………..dni **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział V zapytania ofertowego)**

**Część 5\* -** **Lampa Led na twarz:**

\* skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy

**wartość netto** ..................................... zł

stawka VAT ……. tj. ……………. zł

**cena brutto** ..................................... zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**(C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Cena brutto [zł]** | **Producent, model,****nr katalogowy**(o ile posiada) |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 1 | **Lampa Led na twarz** | 4 | szt. |  |  |  |  |  |

 *(UWAGA: cena brutto oferty stanowi kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie zasadami opisanymi w rozdziale VI Zapytania ofertowego)*

Okres gwarancji wynosi…………………miesiące (**proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział III pkt 4 zapytania ofertowego)**

Termin realizacji – do …………………..dni **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział V zapytania ofertowego)**

**Część 6\* -** **Mezoterapia mikroigłowa, frakcyjna z kartridżami:**

\* skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy

**wartość netto** ..................................... zł

stawka VAT ……. tj. ……………. zł

**cena brutto** ..................................... zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**(C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Cena brutto [zł]** | **Producent, model,****nr katalogowy**(o ile posiada) |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 1 | **Mezoterapia mikroigłowa, frakcyjna z kartridżami** | 8 | szt. |  |  |  |  |  |

 *(UWAGA: cena brutto oferty stanowi kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie zasadami opisanymi w rozdziale VI Zapytania ofertowego)*

Okres gwarancji wynosi…………………miesiące (**proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział III pkt 4 zapytania ofertowego)**

Termin realizacji – do …………………..dni **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział V zapytania ofertowego)**

**Część 7\* - Wapozon plus statyw z regulowaną wysokością:**

\* skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy

**wartość netto** ..................................... zł

stawka VAT ……. tj. ……………. zł

**cena brutto** ..................................... zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**(C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Cena brutto [zł]** | **Producent, model,****nr katalogowy**(o ile posiada) |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 1 | **Wapozon plus statyw z regulowaną wysokością** | 6 | szt. |  |  |  |  |  |

 *(UWAGA: cena brutto oferty stanowi kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie zasadami opisanymi w rozdziale VI Zapytania ofertowego)*

Okres gwarancji wynosi…………………miesiące (**proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział III pkt 4 zapytania ofertowego)**

Termin realizacji – do …………………..dni **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział V zapytania ofertowego)**

**Część 8\* -** **Wielofunkcyjne urządzenie do mikrodermabrazji diamentowej, peelingu kawitacyjnego, sonoforezy, fali radiowej i mezoterapii bezigłowej:**

\* skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy

**wartość netto** ..................................... zł

stawka VAT ……. tj. ……………. zł

**cena brutto** ..................................... zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**(C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Cena brutto [zł]** | **Producent, model,****nr katalogowy**(o ile posiada) |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 1 | **Wielofunkcyjne urządzenie do mikrodermabrazji diamentowej, peelingu kawitacyjnego, sonoforezy, fali radiowej i mezoterapii bezigłowej.** | 8 | szt. |  |  |  |  |  |

 *(UWAGA: cena brutto oferty stanowi kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie zasadami opisanymi w rozdziale VI Zapytania ofertowego)*

Okres gwarancji wynosi…………………miesiące (**proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział III pkt 4 zapytania ofertowego)**

Termin realizacji – do …………………..dni **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział V zapytania ofertowego)**

**Część 9\* - Naukowy system wielosondowy do badania skóry:**

\* skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy

**wartość netto** ..................................... zł

stawka VAT ……. tj. ……………. zł

**cena brutto** ..................................... zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**(C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Cena brutto [zł]** | **Producent, model,****nr katalogowy**(o ile posiada) |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 1 | **Naukowy system wielosondowy do badania skóry**  | 1 | szt. |  |  |  |  |  |

 *(UWAGA: cena brutto oferty stanowi kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie zasadami opisanymi w rozdziale VI Zapytania ofertowego)*

Okres gwarancji wynosi…………………miesiące (**proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział III pkt 4 zapytania ofertowego)**

Termin realizacji – do …………………..dni **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział V zapytania ofertowego)**

1. W celu potwierdzenie spełnienia przez oferowany przedmiot dostawy wymagań zapytania ofertowego Wykonawca załącza do oferty:
	1. ……………………………………………………………
2. Oświadczamy, że cena obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, w tym dostawę, rozładunek wraz z wniesieniem do miejsca wskazanego przez Zamawiającego, montaż, uruchomienie, gwarancję oraz przeszkolenie pracowników, a przedmiot zamówienia posiada wszystkie parametry techniczne i funkcjonalności wymagane przez Zamawiającego w opisie przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z wymaganiami zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty.
4. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (tj. Dz. U. 2023 r., poz. 1497).
5. Oświadczamy, że jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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 (,,RODO[[1]](#footnote-1)”) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*\*.
7. Załączniki do oferty:

- …………………………………..

- …………..………………………

................................, dnia...................... ……………………..……………………………………

 (podpis/y osób/osoby upoważnionych do
 reprezentowania Wykonawcy w obrocie prawnym)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* w przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

1. rozporządzenie 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 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)