**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTY**

Zarejestrowana nazwa firmy ..........................................................................................................

Adres firmy .........................................................................................................

Nr telefonu ..........................................................................................................

e-mail ..........................................................................................................

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji .........................................................................................

nr REGON ............................................................................................................

nr NIP ............................................................................................................  
Nr konta Wykonawcy: ….........................................................................................................

Imię i nazwisko osoby do kontaktu ze strony Wykonawcy:……………......................, tel.: ……………………

**Do:** **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu,**

**ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań,**

w imieniu, którego działa Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań, e-mail [dzp@ump.edu.pl](mailto:dzp@ump.edu.pl)

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym na **dostawę wraz z transportem oraz montażem siedzisk biurowych i medycznych oraz kanap i sof na potrzeby Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego w ramach projektu pn. Budowa Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego w Poznaniu - centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK) (PN-97/23),** procedowanym w trybie przetargu nieograniczonego,działając w imieniu i na rzecz wskazanego powyżej Wykonawcy, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ), za cenę ryczałtową:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Przedmiot zamówienia** | | **Liczba sztuk** | | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | | **Wartość netto (liczba sztuk x cena jednostkowa netto)** | | **Stawka VAT**  **(%)** | | **Wartość brutto (PLN)** | |
| **1** | | **Krzesło socjalne Ba 1.1** | | **64** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Krzesło standardowe pacjenta Ba 1.4** | | **222** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Krzesło standardowe pacjenta Ba 1.5** | | **146** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Razem cześć 1:** | | | | | | | | | |  |
| **2** | | **Ławka dwuosobowa Ba 1.2** | | **12** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Ławka trzyosobowa Ba 1.3** | | **35** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Razem cześć 2:** | | | | | | | | | |  |
| **3** | | **Krzesło obrotowe Ba2** | | **100** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Krzesło obrotowe Ba4** | | **158** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Razem cześć 3:** | | | | | | | | | |  |
| **4** | | **Fotel jednoosobowy rozkładany dla lekarza Bb5** | | **5** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **5** | | **Fotel jednoosobowy rozkładany dla pacjenta** | | **15** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **6** | | **Taboret obrotowy pneumatyczny bez oparcia Bc1** | | **45** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Taboret obrotowy pneumatyczny z oparciem Bc2** | | **23** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Razem cześć 6:** | | | | | | | | | |  |
| **7** | | **Sofa nierozkładana Be2** | | **80** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Sofa nierozkładana Be6** | | **4** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Razem cześć 7:** | | | | | | | | | |  |
| **8** | **Kanapa rozkładana Be3** | | **21** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | |
| **Kanapa rozkładana Be4** | | **18** | | \_\_\_,\_\_\_ zł | | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | | …........% | | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | |
| **Razem cześć 8:** | | | | | | | | | |  | |

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Zapoznaliśmy się z SWZ oraz wyjaśnieniami i zmianami SWZ przekazanymi przez Zamawiającego (jeżeli zostały przekazane) i uznajemy się związani ich postanowieniami.
3. **Ponadto oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Okres gwarancji (w pełnych miesiącach, min. 24 miesiące)** | **Termin realizacji (w pełnych tygodniach, max. 12 tygodni)** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |

1. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
2. Zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy w stosunku do niego żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy umowę zgodnie z tym projektem.
3. Następujący zakres przedmiotu zamówienia zamierzamy zlecić Podwykonawcom\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy |
|  |  |

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się   
   o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
2. Oświadczamy, że jesteśmy\*:

mikroprzedsiębiorstwem - tak □ nie □

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR

małym przedsiębiorstwem - tak □ nie □

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

średnim przedsiębiorstwem - tak □ nie □

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami   
i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR

Powyższa informacja ma charakter wyłącznie informacyjny i służy dla celów statystycznych.

1. Integralną częścią oferty są:
   1. .....................................................................................................
   2. .....................................................................................................
2. Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego**1** : tak □ nie □

………………………………………………………………………………………………………………………………(wypełnić jeśli dotyczy - podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

**1** *jeżeli Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego należy wraz z ofertą przedłożyć oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby, stosownie do treści art. 125 ust.5 Ustawy pzp.*

*miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\*skreślić/zaznaczyć/wypełnić***

*Formularz należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

osób/-y uprawnionych/-ej