***Załącznik Nr 1 do SWZ***

**ZP-2511-02-RP/2024**

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

*/pieczęć Wykonawcy/*

***Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów***

***Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota***

***02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 36***

# ***FORMULARZ OFERTOWY***

1. Dane Wykonawcy:

Pełna nazwa: ...............................................................................................................................

Adres: ................................................................................................................................

Województwo ................................................................................................................................

NIP: ................................................................................................................................

Regon: ................................................................................................................................

KRS lub inny organ

rejestrowy: ………….……………………………………………………………………………

Telefon .................................................................................................................................

Adres e-mail …………………………………………………………………………………..

Dane osoby

upoważnionej do kontaktów

Imię i nazwisko .......................................................................................................

Tel. ......................................... Adres e-mail:................................................

1. Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:
   1. Oświadczam, że przedmiot zamówienia zrealizujemy zgodnie z wymogami SWZ;
   2. Akceptuję w całości wszystkie warunki zawarte w SWZ.
   3. Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia tj. **zakup i dostawę tonerów, tuszy do drukarek i kserokopiarek wraz z wykonywaniem przeglądów okresowych oraz odbiorem odpadów** wzakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy.
   4. Cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
   5. Akceptuję warunki płatności określone przez Zamawiającego w SWZ przedmiotowego postępowania.
   6. Jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
   7. Oświadczamy, iż przewidujemy / nie przewidujemy\* powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia w części …………………………………………………….……. .
   8. Zapoznałem/am się z postanowieniami umowy, określonymi w SWZ i zobowiązuję się,   
      w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
   9. Ofertę niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.
   10. Oferta niniejsza zawiera na stronach od….. do …… (wydzielona część oferty) informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one udostępnione. Na okoliczność tego wskazuję skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 ww. ustawy w oparciu następujące uzasadnienie: ……………………………………....................
   11. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia opisanego w formularzu asortymentowo – cenowym (**Załącznik Nr 2 do SWZ**) w poniżej podanej cenie brutto oraz w zadeklarowanym terminem dostawy:

**Zakup i dostawę tonerów, tuszy do drukarek i kserokopiarek wraz z wykonywaniem przeglądów okresowych oraz odbiorem odpadów**

netto ..................................... zł

VAT ..................................... zł

brutto ..................................... zł

(słownie brutto : ..........................................................................................................................)

Deklarowany termin dostawy: do …………….. dni roboczych od dnia zgłoszenia zapotrzebowania **(maksymalny termin dostawy: 4 dni robocze**, należy podać jedną z 4 wartości: 1 dzień roboczy, 2 dni robocze, 3 dni robocze, 4 dni robocze - **kryterium oceniane).**

…………………………………………

(*podpis i pieczęć imienna Wykonawcy lub*

*osoby upoważnionej do jego reprezentowania)*

…………….……………………. dnia ………….……. r.

*(miejscowość)*

*\* niepotrzebne skreślić*