**Załącznik nr 2 do SWZ**

**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**

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym na **dostawę z wniesieniem i instalacją wyposażenia Zintegrowanego Bloku Operacyjnego, Oddziału leczenia jednego dnia oraz innych Oddziałów Szpitala, wraz z przeszkoleniem personelu w ramach projektu pn. Budowa Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego w Poznaniu - centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK). (PN-10/23),** procedowanym w trybie przetargu nieograniczonego,oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

1. Zobowiązujemy się wykonać następujący przedmiot zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Przedmiot zamówienia**  | **Liczba sztuk/ kpl./ zestaw.** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (liczba sztuk x cena jednostkowa netto)** | **Stawka VAT****(%)** | **Wartość brutto (PLN)** |
| **1** | **Echokardiograf**  | **1** | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **2** | **Diatermie elektrochirurgiczne na potrzeby różnych Oddziałów:** | **14** | Ceny składowych podać poniżej: |
| **Chirurgia ogólna i transplantacyjna** | **4** | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Laryngologia** | **3** | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Ortopedia** | **1** | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Endoskopia** | **5** | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Urologia**  | **1** | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **Razem cześć 2:** | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **3** | **Stoły operacyjne** | **11** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **4** | **Stół operacyjny z przystawkami** | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **5** | **Stół operacyjny/ stół do zabiegów jednodniowych**  | **3** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **6** | **Wózek zabiegowy z regulacją wysokości i dodatkowymi przystawkami umożliwiającymi prowadzenie zabiegów 1-dnia**  | **3** | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **7** | **Neuromonitoring z czujnikiem nerwu twarzowego**  | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **8** | **Tor wizyjny z monitorem i fiberoskopami**  | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **9** | **Tor wizyjny z endoskopami sztywnymi z płaszczami, sialoendoskopami i konsolą wiertarki**  | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **10** | **Czujnik NIRS do nieinwazyjnego, stałego monitorowania utlenowania płatów z monitorem zewnętrznym**  | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **11** | **Lampa operacyjna na statywie**  | **1** | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **12** | **Nóż harmoniczny z osprzętem**  | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **13** | **Diatermia elektrochirurgiczna na potrzeby Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii**  | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **14** | **Diatermia elektrochirurgiczna na potrzeby Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej** | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |

Informacja: *Dla celów inwentaryzacyjnych i rozliczeniowych Zamawiający będzie wymagał aby Wykonawca na etapie realizacji zamówienia dostarczył szczegółowa kalkulację cenową dla poszczególnych elementów zaoferowanego sprzętu*

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. **Ponadto oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:**

 **Okres gwarancji** (w pełnych miesiącach, min. 24 miesiące)

Cz. 1: **…………**

Cz. 2: **…………**

Cz. 3: **…………**

Cz. 4: **…………**

Cz. 5: **…………**

Cz. 6: **…………**

Cz. 7: **…………**

Cz. 8: **…………**

Cz. 9: **…………**

Cz. 10: **…………**

Cz. 11: **…………**

Cz. 12: **…………**

Cz. 13: **…………**

Cz. 14: **…………**

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