znak sprawy: **EZ/76/2023/ESŁ**

**WYKONAWCA**

Nazwa Wykonawcy / Wykonawców w przypadku oferty wspólnej **\*\***:

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

adres: ……………………………………….……………………

adres do korespondencji: ………………………………………..

województwo …………………………

tel.: ……………………………………

REGON ………………………………..………

NIP …………………………..………………...

KRS/CEiDG ……………………………….….

adres e-mail na który Zamawiający ma przesłać korespondencję ………………..…….………………...……

adres ePUAP na który Zamawiający ma przesłać korespondencję ………………………………..…...………

**FORMULARZ OFERTOWY**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, znak sprawy: **EZ/76/2023/ESŁ** prowadzonym w trybie podstawowym zgodnie z art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 1710 ze zm.) na **świadczenie pogwarancyjnej obsługi serwisowej w zakresie przeglądów i konserwacji respiratorów będących na wyposażeniu Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach:**

1. Oferujemy wykonanie ww. zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia (SWZ) za cenę:

***Uwaga:*** *W przypadku, gdy Wykonawca składa ofertę nie na wszystkie pakiety, właściwe jest usunięcie
z formularza ofertowego informacji dotyczących pakietów do których Wykonawca nie przystępuje.*

|  |
| --- |
| Pakiet 1 obsługa serwisowa w zakresie przeglądów i konserwacji respiratorów f-my Dräger |

1. **ŁĄCZNA CENA BRUTTO za okres 36 miesięcy wynosi: ……….....…….…… PLN**

*(Szczegółowe wyliczenie wartości przedmiotu zamówienia stanowi Załącznik nr 1b do SWZ - Formularz asortymentowo - cenowy (wykaz urządzeń).)*

Stawka podatku VAT ……. %

1. **Wykonawca posiada autoryzację producenta** urządzeń medycznych **TAK / NIE** \*\* *– w celu uzyskania punktów w tym kryterium dokument potwierdzający posiadanie autoryzacji producenta urządzeń medycznych na wykonywanie usług serwisowych należy załączyć do oferty.*

*(posiadanie autoryzacji producenta będzie punktowane zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ)*

1. **Termin płatności faktury 30/45/60 dni \*\***

*(dłuższy okres płatności faktury będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 35 SWZ)*

|  |
| --- |
| **Pakiet 2** obsługa serwisowa w zakresie przeglądów i konserwacji respiratorów **f-my** **CareFusion** |

1. **ŁĄCZNA CENA BRUTTO za okres 24 miesięcy wynosi: ……….....…….…… PLN**

*(Szczegółowe wyliczenie wartości przedmiotu zamówienia stanowi Załącznik nr 1b do SWZ - Formularz asortymentowo - cenowy (wykaz urządzeń).)*

Stawka podatku VAT ……. %

1. **Wykonawca posiada autoryzację producenta** urządzeń medycznych **TAK / NIE** \*\* *– w celu uzyskania punktów w tym kryterium dokument potwierdzający posiadanie autoryzacji producenta urządzeń medycznych na wykonywanie usług serwisowych należy załączyć do oferty.*

*(posiadanie autoryzacji producenta będzie punktowane zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ)*

1. **Termin płatności faktury 30/45/60 dni \*\***

*(dłuższy okres płatności faktury będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 35 SWZ)*

|  |
| --- |
| **Pakiet 3** obsługa serwisowa w zakresie przeglądów i konserwacji respiratorów **f-my Acutronic** |

1. **ŁĄCZNA CENA BRUTTO za okres 24 miesięcy wynosi: ……….....…….…… PLN**

*(Szczegółowe wyliczenie wartości przedmiotu zamówienia stanowi Załącznik nr 1b do SWZ - Formularz asortymentowo - cenowy (wykaz urządzeń).)*

Stawka podatku VAT ……. %

1. **Wykonawca posiada autoryzację producenta** urządzeń medycznych **TAK / NIE** \*\* *– w celu uzyskania punktów w tym kryterium dokument potwierdzający posiadanie autoryzacji producenta urządzeń medycznych na wykonywanie usług serwisowych należy załączyć do oferty.*

*(posiadanie autoryzacji producenta będzie punktowane zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ)*

1. **Termin płatności faktury 30/45/60 dni \*\***

*(dłuższy okres płatności faktury będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 35 SWZ)*

|  |
| --- |
| **Pakiet 4** obsługa serwisowa w zakresie przeglądów i konserwacji respiratorów **f-my Covidien** |

1. **ŁĄCZNA CENA BRUTTO za okres 36 miesięcy wynosi: ……….....…….…… PLN**

*(Szczegółowe wyliczenie wartości przedmiotu zamówienia stanowi Załącznik nr 1b do SWZ - Formularz asortymentowo - cenowy (wykaz urządzeń).)*

Stawka podatku VAT ……. %

1. **Wykonawca posiada autoryzację producenta** urządzeń medycznych **TAK / NIE** \*\* *– w celu uzyskania punktów w tym kryterium dokument potwierdzający posiadanie autoryzacji producenta urządzeń medycznych na wykonywanie usług serwisowych należy załączyć do oferty.*

*(posiadanie autoryzacji producenta będzie punktowane zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ)*

1. **Termin płatności faktury 30/45/60 dni \*\***

*(dłuższy okres płatności faktury będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 35 SWZ)*

|  |
| --- |
| **Pakiet 5** obsługa serwisowa w zakresie przeglądów i konserwacji respiratorów **f-my Löwenstein Medical** |

1. **ŁĄCZNA CENA BRUTTO za okres 36 miesięcy wynosi: ……….....…….…… PLN**

*(Szczegółowe wyliczenie wartości przedmiotu zamówienia stanowi Załącznik nr 1b do SWZ - Formularz asortymentowo - cenowy (wykaz urządzeń).)*

Stawka podatku VAT ……. %

1. **Wykonawca posiada autoryzację producenta** urządzeń medycznych **TAK / NIE** \*\* *– w celu uzyskania punktów w tym kryterium dokument potwierdzający posiadanie autoryzacji producenta urządzeń medycznych na wykonywanie usług serwisowych należy załączyć do oferty.*

*(posiadanie autoryzacji producenta będzie punktowane zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ)*

1. **Termin płatności faktury 30/45/60 dni \*\***

*(dłuższy okres płatności faktury będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 35 SWZ)*

|  |
| --- |
| **Pakiet 6** obsługa serwisowa w zakresie przeglądów i konserwacji respiratorów **f-my Air Liquide Medical Systems** |

1. **ŁĄCZNA CENA BRUTTO za okres 36 miesięcy wynosi: ……….....…….…… PLN**

*(Szczegółowe wyliczenie wartości przedmiotu zamówienia stanowi Załącznik nr 1b do SWZ - Formularz asortymentowo - cenowy (wykaz urządzeń).)*

Stawka podatku VAT ……. %

1. **Wykonawca posiada autoryzację producenta** urządzeń medycznych **TAK / NIE** \*\* *– w celu uzyskania punktów w tym kryterium dokument potwierdzający posiadanie autoryzacji producenta urządzeń medycznych na wykonywanie usług serwisowych należy załączyć do oferty.*

*(posiadanie autoryzacji producenta będzie punktowane zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ)*

1. **Termin płatności faktury 30/45/60 dni \*\***

*(dłuższy okres płatności faktury będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 35 SWZ)*

|  |
| --- |
| **Pakiet 7** obsługa serwisowa w zakresie przeglądów i konserwacji respiratorów **f-my GE HealthCare** |

1. **ŁĄCZNA CENA BRUTTO za okres 36 miesięcy wynosi: ……….....…….…… PLN**

*(Szczegółowe wyliczenie wartości przedmiotu zamówienia stanowi Załącznik nr 1b do SWZ - Formularz asortymentowo - cenowy (wykaz urządzeń).)*

Stawka podatku VAT ……. %

1. **Wykonawca posiada autoryzację producenta** urządzeń medycznych **TAK / NIE** \*\* *– w celu uzyskania punktów w tym kryterium dokument potwierdzający posiadanie autoryzacji producenta urządzeń medycznych na wykonywanie usług serwisowych należy załączyć do oferty.*

*(posiadanie autoryzacji producenta będzie punktowane zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ)*

1. **Termin płatności faktury 30/45/60 dni \*\***

*(dłuższy okres płatności faktury będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 35 SWZ)*

|  |
| --- |
| **Pakiet 8** obsługa serwisowa w zakresie przeglądów i konserwacji respiratorów **f-my Siriusmed** |

1. **ŁĄCZNA CENA BRUTTO za okres 36 miesięcy wynosi: ……….....…….…… PLN**

*(Szczegółowe wyliczenie wartości przedmiotu zamówienia stanowi Załącznik nr 1b do SWZ - Formularz asortymentowo - cenowy (wykaz urządzeń).)*

Stawka podatku VAT ……. %

1. **Wykonawca posiada autoryzację producenta** urządzeń medycznych **TAK / NIE** \*\* *– w celu uzyskania punktów w tym kryterium dokument potwierdzający posiadanie autoryzacji producenta urządzeń medycznych na wykonywanie usług serwisowych należy załączyć do oferty.*

*(posiadanie autoryzacji producenta będzie punktowane zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ)*

1. **Termin płatności faktury 30/45/60 dni \*\***

*(dłuższy okres płatności faktury będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 35 SWZ)*

1. Składamy niniejszą ofertę przetargową *we własnym imieniu\*\* / jako spółka cywilna\*\* / jako konsorcjum, którego partnerzy zostali ujawnieni w pełnomocnictwie o którym mowa w pkt. 12 SWZ\*\**.
2. Oświadczamy, że zamierzamy/nie zamierzamy\* zlecić podwykonawcom ……………………………… *(należy wstawić nazwę (firma) adres (siedziba) podwykonawcy oraz zakres zamówień realizowanych przez podwykonawcę …………………..).* Jednocześnie oświadczamy, że pozostałe części przedmiotu zamówienia wykonamy siłami własnymi.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
4. Oświadczamy, że przyjmujemy *projektowane postanowienia umowy w sprawie zamówienia publicznego,* *stanowiące Załączniki nr 2 do SWZ* i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
5. W przypadku wyboru naszej oferty poniżej podajemy niezbędne informacje potrzebne do sporządzenia umowy:

|  |
| --- |
| Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy: |
| Imię i nazwisko | Stanowisko |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Osoba(y) odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy: |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | nr tel./fax/ e-mail |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Podpisanie** **umowy:** będzie miało formę korespondencyjną / nastąpi w siedzibie Zamawiającego**\*\***

1. Wg klasyfikacji przedsiębiorstw pod względem wielkości nasza firma jest: mikro / małym / średnim / dużym przedsiębiorstwem \*\*:

***- mikroprzedsiębiorstwo*** *(zatrudnienie średnioroczne pracowników to mniej niż 10 osób i przychody netto lub suma bilansowa są mniejsze lub równe 2 mln EUR)*

***- małe przedsiębiorstwo*** *(zatrudnienie średnioroczne pracowników to mniej niż 50 osób i przychody netto lub suma bilansowa są mniejsze lub równe 10 mln EUR)*

***- średnie przedsiębiorstwo*** *(zatrudnienie średnioroczne pracowników to mniej niż 250 osób i przychody netto są mniejsze lub równe 50 mln EUR lub suma bilansowa jest mniejsza lub równa 43 mln EUR)*

***- duże przedsiębiorstwo*** *(250 i więcej pracowników oraz roczny obrót przekraczający 50 mln Euro lub całkowity bilans roczny przekraczający 43 mln Euro)*

1. Oświadczamy, że wybór naszej oferty zgodnie z art. 225 ust 1 u.p.z.p *będzie prowadził\*\*/nie będzie prowadził\*\** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

Obowiązek podatkowy powstanie w odniesieniu do następujących towarów/usług (w zależności od przedmiotu zamówienia): …………………… Wartość towaru/usług (w zależności od przedmiotu zamówienia) powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to……….. zł netto.

*Dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:*

1. *wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,*
2. *mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy o podatku od towarów i usług,*
3. *importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.*
4. 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,\*\*

*(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 należy oświadczenie wykreślić i pozostawić wyłącznie oświadczenie z pkt 10).*

1. Oświadczam, że nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO\*\*\*

\* w przypadku złożenia oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (w szczególności członkowie konsorcjum, wspólnicy spółki cywilnej) należy wskazać lidera oraz adres do korespondencji

\*\* niewłaściwe skreślić

\*\*\* 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)