****

**EZ/188/2023/MW**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

**WYKONAWCA**

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

………………………………………………………………………

ul: ………………………………. nr domu/lokalu:……………….

kod pocztowy: …………………………

miejscowość: …………………………..

województwo: …………………………

tel.: ………………………..

REGON …………………..

NIP ……………………….

Numer KRS: ……………..

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

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej umowę w imieniu firmy podpiszą:

…………………………………………………………………

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:

………………………………………………………………………

tel.: ………………………………

Fax.: (do wysyłki zamówienia) …………………………………….

e-mail: (do wysyłki zamówienia) …………………………………..

**FORMULARZ OFERTOWY**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nr **EZ/188/2023/MW** w trybie przetargu nieograniczonego na ***„Zakup i dostawę sprzętu w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej pn. Rządowy program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2021 – 2023, w zakresie zadania dotyczącego utworzenia Centrów Zdrowia Prokreacyjnego”***

***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.*

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

**Pakiet nr 1: Zestaw narzędzi zabiegowych, chirurgicznych wraz z hakami samotrzymajacymi nowej generacji**

**wartość brutto…………………………………….zł**

stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 20/30/40 dni \*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** *(****powyżej min. okresu gwarancji*** *opisanego w kryterium oceny ofert pkt.38 SWZ)* **………………... /PODAĆ W MIESIĄCACH/** *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość kpl.** | **Cena jedn.**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| 1 | Zestaw narzędzi do cięcia cesarskiego | 2 |  |  |  |
| 2 | Zestaw ginekologiczny | 2 |  |  |  |
| RAZEM brutto: | | | | |  |

**Pakiet nr 2: Fotel ginekologiczny**

**wartość brutto…………………………………….zł**

stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 20/30/40 dni \*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** *(****powyżej min. okresu gwarancji*** *opisanego w kryterium oceny ofert pkt.38 SWZ)* **………………... /PODAĆ W MIESIĄCACH/** *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn.**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Model urządzenia/sprzętu** |
| 1 | **Fotel ginekologiczny typ I** | 1 |  |  |  |  |
| 2 | **Fotel ginekologiczny typ II** | 1 |  |  |  |  |
| RAZEM brutto: | | | |  |  |  |

**Pakiet nr 3: Zestaw histeroskopowy z histeroskopami diagnostycznymi i zabiegowymi**

**wartość brutto…………………………………….zł**

stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 20/30/40 dni \*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** *(****powyżej min. okresu gwarancji*** *opisanego w kryterium oceny ofert pkt.38 SWZ)* **………………... /PODAĆ W MIESIĄCACH/** *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość kpl.** | **Cena jedn.**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Model urządzenia/sprzętu** |
| 1 | **Zestaw histeroskopowy I** | 1 |  |  |  |  |
| 2 | **Zestaw histeroskopowy II** | 1 |  |  |  |  |
| 3 | **Zestaw histeroskopowy III** | 1 |  |  |  |  |
| 4 | **Zestaw histeroskopowy IV** | 1 |  |  |  |  |
| RAZEM brutto: | | | |  |  |  |

**Pakiet nr 4: Pompy infuzyjne**

**wartość brutto…………………………………….zł**

stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 20/30/40 dni \*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** *(****powyżej min. okresu gwarancji*** *opisanego w kryterium oceny ofert pkt.38 SWZ)* **………………... /PODAĆ W MIESIĄCACH/** *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn.**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Model urządzenia/sprzętu** |
| 1 | **Pompy infuzyjne ze stojakami** | 7 |  |  |  |  |
| 2 | **Pompy infuzyjne** | 7 |  |  |  |  |
| RAZEM brutto: | | | |  |  |  |

**Pakiet nr 5: Aparat USG z funkcją doppler i głowicami**

**wartość brutto…………………………………….zł**

stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 20/30/40 dni \*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** *(****powyżej min. okresu gwarancji*** *opisanego w kryterium oceny ofert pkt.38 SWZ)* **………………... /PODAĆ W MIESIĄCACH/** *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość kpl.** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Model urządzenia/sprzętu** |
| 1 | **Aparat USG z funkcją doppler i głowicami** | 1 |  |  |  |
| RAZEM brutto: | | | |  |  |

**Pakiet nr 6: Pozostały asortyment**

**wartość brutto…………………………………….zł**

stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 20/30/40 dni \*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** *(****powyżej min. okresu gwarancji*** *opisanego w kryterium oceny ofert pkt.38 SWZ)* **………………... /PODAĆ W MIESIĄCACH/** *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość sztuk** | **Cena jedn.**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Model urządzenia/sprzętu** |
| 1 | **Ssak elektryczny** | 4 |  |  |  |  |
| 2 | **Fotel zabiegowy** | 1 |  |  |  |  |
| 3 | **Aparat do szybkich przetoczeń** | 6 |  |  |  |  |
| 4 | **Aparat do podgrzewania płynów infuzyjnych** | 2 |  |  |  |  |
| 5 | **Lampa zabiegowa** | 2 |  |  |  |  |
| 6 | **Worek sako** | 10 |  |  |  |  |
| 7 | **Stanowisko do przewijanie noworodka** | 5 |  |  |  |  |
| 8 | **Wózek zabiegowy** | 5 |  |  |  |  |
| 9 | **Mikrofala do dezynfekcji końcówek laktatora** | 1 |  |  |  |  |
| 10 | **Stolik mobilny** | 5 |  |  |  |  |
| 11 | **Krzesło porodowe** | 2 |  |  |  |  |
| 12 | **Fotel dla rodzącej** | 2 |  |  |  |  |
| 13 | **Waga dla niemowląt** | 6 |  |  |  |  |
| RAZEM brutto: | | | |  |  |  |

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 przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać:

sami

przy udziale podwykonawcy/ów zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma podwykonawcy | Część zamówienia powierzona podwykonawcom (krótki opis) |
| 1. |  |  |
| … |  |  |

*Jeżeli Wykonawca nie poda żadnej informacji w punkcie 5, Zamawiający potraktuje to jako informację, że Wykonawca nie zamierza powierzyć wykonania żadnej części zamówienia podwykonawcom.*

Jednocześnie oświadczamy, że pozostałe części przedmiotu zamówienia wykonamy siłami własnymi.

1. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
2. Oświadczamy, że przyjmujemy *projektowane postanowienia umowy w sprawie zamówienia publicznego stanowiący Załączniki nr 3A/3B do SWZ* i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia jest wyrobem medycznym i został zarejestrowany zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (Dz. U. z 2022, poz. 974).
4. W przypadku wyboru naszej oferty poniżej podajemy niezbędne informacje potrzebne do sporządzenia umowy:
5. Numer telefonu i adres e-mail, na który będą składane zamówienia:
6. tel. ………….……………………….…...
7. e-mail ……………………………………
8. numer telefonu i adres e-mail, na który będą składane reklamacje:
9. tel. ……………………………………….
10. e-mail …….……………………………...
11. osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………

tel. …………………...……..….., e-mail ……………..…………………………..

1. umowę w imieniu firmy podpisze/ą:

…………………………………………… - stanowisko

…………………………………………… - stanowisko

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

1. Poświadczam wniesienie wadium w wysokości ……………...……… zł, w formie: …………………….

Zamawiający zwróci wadium na konto Wykonawcy nr ………........................................……..................

w banku………………………………………………………………………….........................................

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 12).*

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)