**EZ/128/2025/MW Załącznik nr 1 do SWZ**

**WYKONAWCA**

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

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

adres ..…………………………………………………….………

adres do korespondencji …………………………………………

województwo ………………………………

REGON ……………………………….

NIP …………………………………....

KRS …………………………………..

adres e-mail, na który Zamawiający ma przesyłać korespondencję ……………………..……………………

tel.: ……………………………………

**FORMULARZ OFERTOWY**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2024.1320 ze zm.) pn. ***Dostawa sprzętów i urządzeń medycznych dla zadania ,,Przebudowa pomieszczeń Kliniki Ortopedyczno-Urazowej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach wraz z pracami przygotowawczymi nadzorem inwestorskim i wyposażeniem”***

znak sprawy**: EZ/128/2025/MW**

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

**Pakiet nr 1 – Łóżka wyciągowe + Łóżka elektryczne z uchwytami dla pacjenta + Szafka przyłóżkowa**

**Wartość brutto** ………………..

Stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 60/45/30 dni kalendarzowych\*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** (*powyżej min. okresu gwarancji opisanego w kryterium oceny ofert pkt. 35 SWZ*) ………………... **/PODAĆ/** (dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość szt** | **Cena jedn.**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| 1 | **Łóżka wyciągowe** | 10 |  |  |  |
| 2 | **Łóżka elektryczne z uchwytami dla pacjenta** | 15 |  |  |  |
| 2a | **Uzupełnienie leża po wydłużeniu wraz z materacem** | 2 |  |  |  |
| 3 | **Szafka przyłóżkowa** | 25 |  |  |  |
| RAZEM brutto: | | | |  |  |

**Pakiet nr 2 – Kardiomonitory 4 sztuki + stacja centralnego monitorowania – 1 kpl.**

**Wartość brutto** ………………..

Stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 60/45/30 dni kalendarzowych\*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** (*powyżej min. okresu gwarancji opisanego w kryterium oceny ofert pkt. 35 SWZ*) ………………... **/PODAĆ/** (dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość szt/kpl** | **Cena jedn.**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| 1 | **Kardiomonitor** | 4 |  |  |  |
| 2 | **stacja centralnego monitorowania** | 1 |  |  |  |
| RAZEM brutto: | | | |  |  |

**Pakiet nr 3** **– Pompy infuzyjne strzykawkowe**

**Wartość brutto** ………………..

Stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 60/45/30 dni kalendarzowych\*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** (*powyżej min. okresu gwarancji opisanego w kryterium oceny ofert pkt. 35 SWZ*) ………………... **/PODAĆ/** (dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn.**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| 1 | **Pompy infuzyjne strzykawkowe** | 3 |  |  |  |
| RAZEM brutto: | | | |  |  |

**Pakiet nr 4 – Termolezja**

**Wartość brutto** ………………..

Stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 60/45/30 dni kalendarzowych\*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** (*powyżej min. okresu gwarancji opisanego w kryterium oceny ofert pkt. 35 SWZ*) ………………... **/PODAĆ/** (dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ

**Pakiet nr 5 – Aparat USG**

**Wartość brutto** ………………..

Stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 60/45/30 dni kalendarzowych\*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** (*powyżej min. okresu gwarancji opisanego w kryterium oceny ofert pkt. 35 SWZ*) ………………... **/PODAĆ/** (dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ

**Pakiet nr 6** **– Defibrylator**

**Wartość brutto** ………………..

Stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 60/45/30 dni kalendarzowych\*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** (*powyżej min. okresu gwarancji opisanego w kryterium oceny ofert pkt. 35 SWZ*) ………………... **/PODAĆ/** (dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ

**Pakiet nr 7 – Stół zabiegowy + Stół do gipsowania**

**Wartość brutto** ………………..

Stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 60/45/30 dni kalendarzowych\*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** (*powyżej min. okresu gwarancji opisanego w kryterium oceny ofert pkt. 35 SWZ*) ………………... **/PODAĆ/** (dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość szt** | **Cena jedn.**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| 1 | **Stół zabiegowy** | 1 |  |  |  |
| 2 | **Stół do gipsowania** | 1 |  |  |  |
| RAZEM brutto: | | | |  |  |

**Pakiet nr 8 – Aparat EKG**

**Wartość brutto** ………………..

Stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 60/45/30 dni kalendarzowych\*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** (*powyżej min. okresu gwarancji opisanego w kryterium oceny ofert pkt. 35 SWZ*) ………………... **/PODAĆ/** (dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ

**Pakiet nr 9 – System do terpii zimnem (aparat do krioterapii) + Szyna CPM i CAM do ćwiczeń stawu biodrowego i kolanowego**

**Wartość brutto** ………………..

Stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 60/45/30 dni kalendarzowych\*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** (*powyżej min. okresu gwarancji opisanego w kryterium oceny ofert pkt. 35 SWZ*) ………………... **/PODAĆ/** (dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn.**  **brutto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| 1 | **System do terpii zimnem (aparat do krioterapii)** | 1 |  |  |  |
| 2 | **Szyna CPM i CAM do ćwiczeń stawu biodrowego i kolanowego** | 1 |  |  |  |
| RAZEM brutto: | | | |  |  |

**Pakiet nr 10 – Piła do cięcia gipsu**

**Wartość brutto** ………………..

Stawka podatku VAT ( ……. % )

Termin realizacji zamówienia 60/45/30 dni kalendarzowych\*\*

**Oferowany dodatkowy okres gwarancji** (*powyżej min. okresu gwarancji opisanego w kryterium oceny ofert pkt. 35 SWZ*) ………………... **/PODAĆ/** (dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 35 SWZ

1. składamy niniejszą ofertę przetargową *we własnym imieniu\*\* / jako spółka cywilna\*\* / jako konsorcjum, którego partnerzy zostali ujawnieni w pełnomocnictwie \**\*,
2. oświadczamy, że przyjmujemy projektowane postanowienia wzoru umowy o zamówienie publiczne, stanowiący Załącznik nr 3 do SWZ i nie wnosimy do nich zastrzeżeń. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
3. 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 3, Zamawiający potraktuje to jako informację, że Wykonawca nie zamierza powierzyć wykonania żadnej części zamówienia podwykonawcom.*

1. Oświadczamy, że zgodnie z treścią art. 225 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2024 poz. 1320) wybór oferty:

NIE BĘDZIE

BĘDZIE

prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w związku z czym przedstawiamy informacje dotyczące nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego oraz wskazujemy ich wartość bez kwoty podatku.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi | Wartość netto towaru lub usługi |
| 1. |  |  |
|  |  |  |

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. 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

lub

* 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\*\*\*/\*\*

\*\* 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)