\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nazwa Wykonawcy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość :** |  | **Data:**  |  |
| **ZAMAWIAJĄCY:** | **PAŃSTWOWA UCZELNIA ZAWODOWA****IM. PROF. STANISŁAWA TARNOWSKIEGO** **W TARNOBRZEGU****UL. SIENKIEWICZA 50****39-400 TARNOBRZEG** |

**FORMULARZ OFERTOWY**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt 2) ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych pn.:

**„Dostawa aparatury i sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie MCSM w Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu (zamówienie
z podziałem na 10 części)’’**

1. **DANE WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy**(Pełnomocnik w przypadku konsorcjum) |  |
| **Siedziba Wykonawcy** (ulica; numer; kod pocztowy miejscowość) |  |
| **Adres do korespondencji** (ulica; numer; kod pocztowy miejscowość) |  |
| **NIP:**  |  | **REGON:** |  | **KRS:** |  |
| **Osoba do kontaktu** (imię i nazwisko) |  |
| **Telefon:**  |  | **Adres email:**  |  |
| **Adres skrzynki ePUAP** |  |
| (jeśli dotyczy) **KONSORCJUM z**(nazwa partnera; Siedziba – ulica, numer , kod , miejscowość) |  |

1. **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **CZĘŚĆ 1 – Dostawa inkubatora otwartego.** |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO**  |  |
| **Netto słownie:** |  |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  |
| **Brutto słownie:** |  |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 40 dni kalendarzowych | do 50 dni kalendarzowych | do 60 dni kalendarzowych |
| **OKRES GWARANCJI\*** | 3 lata | 2,5 roku | 2 lata |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

**W przypadku składania oferty dla części 1 Wykonawca zobowiązany jest dołączyć uzupełniony formularz szczegółowej wyceny część 1 – załącznik nr 2A do SWZ**

|  |
| --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **CZĘŚĆ 2 – Dostawa respiratora.** |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO**  |  |
| **Netto słownie:** |  |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  |
| **Brutto słownie:** |  |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 40 dni kalendarzowych | do 50 dni kalendarzowych | do 60 dni kalendarzowych |
| **OKRES GWARANCJI\*** | 3 lata | 2,5 roku | 2 lata |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

**W przypadku składania oferty dla części 2 Wykonawca zobowiązany jest dołączyć uzupełniony formularz szczegółowej wyceny część 2 – załącznik nr 2B do SWZ**

|  |
| --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **CZĘŚĆ 3 – Dostawa defibrylatorów.** |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO**  |  |
| **Netto słownie:** |  |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  |
| **Brutto słownie:** |  |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 40 dni kalendarzowych | do 50 dni kalendarzowych | do 60 dni kalendarzowych |
| **OKRES GWARANCJI\*** | 3 lata | 2,5 roku | 2 lata |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

**W przypadku składania oferty dla części 3 Wykonawca zobowiązany jest dołączyć uzupełniony formularz szczegółowej wyceny część 3 – załącznik nr 2C do SWZ**

|  |
| --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **CZĘŚĆ 4 – Dostawa aparatury medycznej.** |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO**  |  |
| **Netto słownie:** |  |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  |
| **Brutto słownie:** |  |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 40 dni kalendarzowych | do 50 dni kalendarzowych | do 60 dni kalendarzowych |
| **OKRES GWARANCJI\*** | 3 lata | 2,5 roku | 2 lata |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

**W przypadku składania oferty dla części 4 Wykonawca zobowiązany jest dołączyć uzupełniony formularz szczegółowej wyceny część 4 – załącznik nr 2D do SWZ**

|  |
| --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **CZĘŚĆ 5 – Dostawa wózków reanimacyjnych.** |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO**  |  |
| **Netto słownie:** |  |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  |
| **Brutto słownie:** |  |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 40 dni kalendarzowych | do 50 dni kalendarzowych | do 60 dni kalendarzowych |
| **OKRES GWARANCJI\*** | 3 lata | 2,5 roku | 2 lata |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

**W przypadku składania oferty dla części 5 Wykonawca zobowiązany jest dołączyć uzupełniony formularz szczegółowej wyceny część 5 – załącznik nr 2E do SWZ**

|  |
| --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **CZĘŚĆ 6 – Dostawa zestawu do nauki przemieszczania pacjentów.** |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO**  |  |
| **Netto słownie:** |  |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  |
| **Brutto słownie:** |  |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 40 dni kalendarzowych | do 50 dni kalendarzowych | do 60 dni kalendarzowych |
| **OKRES GWARANCJI\*** | 3 lata | 2,5 roku | 2 lata |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

**W przypadku składania oferty dla części 6 Wykonawca zobowiązany jest dołączyć uzupełniony formularz szczegółowej wyceny część 6 – załącznik nr 2F do SWZ**

|  |
| --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **CZĘŚĆ 7 – Dostawa zestawu do profilaktyki przeciwodleżynowej.** |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO**  |  |
| **Netto słownie:** |  |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  |
| **Brutto słownie:** |  |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 40 dni kalendarzowych | do 50 dni kalendarzowych | do 60 dni kalendarzowych |
| **OKRES GWARANCJI\*** | 3 lata | 2,5 roku | 2 lata |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

**W przypadku składania oferty dla części 7 Wykonawca zobowiązany jest dołączyć uzupełniony formularz szczegółowej wyceny część 7 – załącznik nr 2G do SWZ**

|  |
| --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **CZĘŚĆ 8 – Dostawa zestawu sprzętu do pielęgnacji i higieny pacjentów w tym mobilny system pielęgnacji pacjenta.** |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO**  |  |
| **Netto słownie:** |  |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  |
| **Brutto słownie:** |  |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 40 dni kalendarzowych | do 50 dni kalendarzowych | do 60 dni kalendarzowych |
| **OKRES GWARANCJI\*** | 3 lata | 2,5 roku | 2 lata |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

**W przypadku składania oferty dla części 8 Wykonawca zobowiązany jest dołączyć uzupełniony formularz szczegółowej wyceny część 8 – załącznik nr 2H do SWZ**

|  |
| --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **CZĘŚĆ 9 – Dostawa stanowiska do iniekcji.** |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO**  |  |
| **Netto słownie:** |  |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  |
| **Brutto słownie:** |  |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 40 dni kalendarzowych | do 50 dni kalendarzowych | do 60 dni kalendarzowych |
| **OKRES GWARANCJI\*** | 3 lata | 2,5 roku | 2 lata |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

**W przypadku składania oferty dla części 9 Wykonawca zobowiązany jest dołączyć uzupełniony formularz szczegółowej wyceny część 9 – załącznik nr 2I do SWZ**

|  |
| --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **CZĘŚĆ 10 – Dostawa plecaka ratowniczego ALS.** |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO**  |  |
| **Netto słownie:** |  |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  |
| **Brutto słownie:** |  |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 40 dni kalendarzowych | do 50 dni kalendarzowych | do 60 dni kalendarzowych |
| **OKRES GWARANCJI\*** | 3 lata | 2,5 roku | 2 lata |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

**W przypadku składania oferty dla części 10 Wykonawca zobowiązany jest dołączyć uzupełniony formularz szczegółowej wyceny część 10 – załącznik nr 2J do SWZ**

1. **POTWIERDZENIE WYMOGÓW ZAMAWIAJĄCEGO**
2. **Oświadczam**, że zapoznałem się z warunkami zawartymi w SWZ, ze wszystkimi załącznikami do SWZ, w tym ze wzorem umowy i ewentualnymi informacjami dla Wykonawców oraz że akceptuje je bez zastrzeżeń.
3. **Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia jest w pełni zgodny z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym integralną cześć SWZ.
4. **Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego zawarte w SWZ oraz wszystkich załącznikach do SWZ.
5. **Oświadczam**, że uzyskałem wszelkie niezbędne informacje konieczne do przygotowania oferty.
6. **Oświadczam**, że podana wyżej cena ofertowa obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, uwzględnia wszelkie koszty, okoliczności
i ryzyka niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia dla osiągnięcia zamierzonego efektu rzeczowego, o których mowa w SWZ.
7. **Oświadczam**, że jestem związany ofertą przez okres wskazany w SWZ.
8. **Oświadczam**, że w przypadku przyznania zamówienia zawrę umowę
na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 3 do SWZ.
9. **Oświadczam**, że zamówienie wykonamy **samodzielnie\*/przy pomocy podwykonawców\*,** którym zamierzamy powierzyć wykonanie następującej części zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **OKREŚLENIE CZĘŚCI ZAMÓWIENIA I NAZWY PODWYKONAWCY** |
|  |  |
|  |  |

*Niewypełnienie oznacza wykonanie całości zamówienia bez udziału podwykonawców*

1. **Informuję**, że wybór przedmiotowej oferty **będzie\*/nie będzie\*** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

Jeżeli taki obowiązek powstanie u Zamawiającego informuję, iż dotyczy on:

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

1. **Oświadczam**, iż w cenie oferty uwzględniliśmy wszystkie wymagania SWZ oraz wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia
2. **Oświadczam**, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach
są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.
3. **Tajemnica przedsiębiorstwa.** Korzystając z uprawnienia nadanego treścią art. 18 ust. 3 ustawy Pzp, zastrzegamy że informacje i dokumenty zawarte w załączniku
o nazwie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stanowią tajemnice przedsiębiorstwa zgodnie z definicją zawartą w treści art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2020r. poz. 1913) i nie mogą być one udostępniane.
4. **Oświadczam**, że zapoznałem się z treścią Rozdziału XXI SWZ oraz że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio przekazałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *miejscowość i data podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić