

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa: .....

Siedziba: ..... Województwo .....

Adres poczty elektronicznej: .....

Nazwa skrzynki podawczej ePUAP: .....

Strona internetowa: .....

Numer telefonu: 0 ( .. ) .....

Numer faksu: 0 ( .. ) .....

godziny urzędowania: .....

Numer REGON: .....

Numer NIP: .....

KRS: .....

Nr konta, na który będzie przekazywana należność za fakturę.....

**Jestem (zaznaczyć właściwe):**

- mikroprzedsiębiorcą  
 małym przedsiębiorcą  
 średnim przedsiębiorcą  
 prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą  
 osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej  
 inne .....

**Dane dotyczące Zamawiającego:****Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście****11-040 Dobre Miasto****ul. Grunwaldzka 10 B****elektroniczna skrzynka podawcza ePUAP: /ZZOZDM/SkrytkaESP****e-mail: [sekretariat@szpitaldobremiasto.pl](mailto:sekretariat@szpitaldobremiasto.pl), [przetargi@szpitaldobremiasto.pl](mailto:przetargi@szpitaldobremiasto.pl)****strona internetowa: [www.szpitaldobremiasto.pl](http://www.szpitaldobremiasto.pl)****godziny urzędowania – od poniedziałku do piątku od 7:25 do 15:00****tel: 89 616 82 22****Zobowiązania Wykonawcy:**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na **Dostawę materiałów medycznych różnych, jednorazowego użytku**, postępowanie nr **6/TP/2022** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

Nr części	Wartość netto części wyrażona w zł	Wysokość VAT	Stawka VAT %	Wartość brutto części wyrażona w zł

\* wypełnić dla każdej części, na którą Wykonawca składa ofertę

**Oświadczam, że :**

- Oferuję termin dostawy produktów – do 2 dni od złożenia zamówienia.
- Wykonam zamówienie publiczne w terminie 12 miesięcy, tj: **od 01-01-2023 do 31-12-2023.**
- Termin płatności : **60 dni** od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.
- Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym w projekcie umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu, adres email: .....

**Osoby do kontaktów z Zamawiającym:**

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

.....tel. kontaktowy..... mail: .....

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

.....tel. kontaktowy.....mail : .....

**Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\*** /skreślić jeżeli nie dotyczy/

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Telefon.....Fax.....

Zakres:  do reprezentowania w postępowaniu;  do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy;  do zawarcia umowy

**Oświadczenie dotyczące postanowień Specyfikacji Warunków Zamówienia:**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że załączone do Specyfikacji Warunków Zamówienia wymagania stawiane wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że :

wybór oferty nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego

wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego

Wskazać nazwę (rodzaj) towaru, lub usługi, dla których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego, wskazać wartość towaru, lub usługi, dla których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego - bez kwoty podatku, oraz wskazać stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie:.....  
 .....  
 .....

5. Oświadczamy, że zaoferowane produkty są:

dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z Ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. nr 53 poz. 533) w zakresie ( *podać nr części i pozycje* ): .....  
 .....

dopuszczone do obrotu w Polsce zgodnie z Ustawą z dnia 07 kwietnia 2022 o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 poz. 974) w zakresie ( *podać nr zadania i pozycje* ): .....  
 .....

dopuszczone do obrotu w Polsce na podstawie innych przepisów w zakresie ( *podać nr części i pozycje* ): .....

**Jednocześnie oświadczamy , że dokumenty dopuszczające do obrotu przedmiot zamówienia udostępnione zostaną na każde wezwanie Zamawiającego. Ponadto oświadczamy , że w przypadku wątpliwości Zamawiającego dotyczących zgodności opisu przedmiotu zamówienia z zaoferowanym produktem, próbki oraz katalogi udostępnione zostaną na każde wezwanie Zamawiającego.**

6. Oświadczamy, 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.

obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO w przedmiotowym postępowaniu nas nie dotyczą.

7. Informujemy, że :

dokumenty, oświadczenia ( *wymienić jakie* ) : .....

dostępne są na stronie ( *podać adres strony internetowej* ) : .....

dokumenty, oświadczenia ( *wymienić jakie* ) : .....

dostępne są w dokumentacji przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania) : .....

**Dokumenty:**

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

.....  
.....

**Zastrzeżenie Wykonawcy:**

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

.....

**Inne informacje Wykonawcy:**

.....

**Wykonam zamówienie z udziałem / bez udziału\* podwykonawców .**

Nazwa i adres podwykonawcy oraz zakres zamówienia powierzony podwykonawcy (jeżeli dotyczy).....

\_\_\_\_\_  
*Imiona i nazwiska osób  
uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

\_\_\_\_\_  
*Podpisy osób uprawnionych do  
reprezentowania Wykonawcy*