

**PCZ/II-ZP/07/2019 Załącznik nr 1**

**do Zapytania ofertowego**

**FORMULARZ OFERTY**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

**Nazwa: ………………………………………………………………………………………………..…………**

**Siedziba: …………………………………………………………………………………………………...………**

Adres poczty elektronicznej: ………………… Strona internetowa: ……………………………….

Numer telefonu: ………………………… Numer faksu: ……………………………………….

Numer Regon: ………………………… Numer NIP: ………………………………………..

**Imię i nazwisko osoby uprawnionej/upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy** (zgodnie z ustanowioną zasadą reprezentacji):

…………………………………………………………………………

**PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA**

**Sp. z o. o.**

**ul. Szpitalna 30**

**88-400 Żnin**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe o cenę na **dostawę sprzętu medycznego realizowaną
w ramach projektu pn. „Dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Pałuckim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie” nr POIS.09.01.00-00-0344/18
w ramach działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego oś priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014 – 2020**

1. **Składamy ofertę w niżej określonym zakresie** (wpisać odpowiednio – w zakresie oferowanego sprzętu):

**- Pakiet 1 – Aparat do podgrzewania płynów infuzyjnych – 1 sztuka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****netto** | **Wartość netto(zł)****(poz. 4x5)** | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)****(poz. 6x7)** | **Wartość brutto (zł)****(poz. 6+8)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| **1.** | **Pakiet 1 – Aparat do podgrzewania płynów infuzyjnych** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |

Słownie wartość brutto: …………………………………………………………………………….….. zł.

Termin dostawy (realizacji zamówienia) - ……………..tygodni od daty zawarcia umowy/wpisać *(Wymóg Zamawiającego: maksymalnie 2 tygodnie - krótszy termin dostawy będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt.6.3 zapytania ofertowego )*

Okres gwarancji - *……………..*miesięcy/wpisać *(Zamawiający określa minimalną oraz maksymalną długość okresu gwarancji, w przedziale od 36 do 60 miesięcy; okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 6.4 zapytania ofertowego)*

**- Pakiet 2 – Pulsoksymetr - 3 sztuki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****netto** | **Wartość netto(zł)****(poz. 4x5)** | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)****(poz. 6x7)** | **Wartość brutto (zł)****(poz. 6+8)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| **1.** | **Pakiet 2 – Pulsoksymetr** | **Szt.** | **3** |  |  |  |  |  |

Słownie wartość brutto: …………………………………………………………………………….….. zł.

Termin dostawy (realizacji zamówienia) - ……………..tygodni od daty zawarcia umowy /wpisać *(Wymóg Zamawiającego: maksymalnie 2 tygodnie - krótszy termin dostawy będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt.6.3 zapytania ofertowego )*

Okres gwarancji - *……………..*miesięcy/wpisać *(Zamawiający określa minimalną oraz maksymalną długość okresu gwarancji, w przedziale od 36 do 60 miesięcy; okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 6.4 zapytania ofertowego)*

**- Pakiet 3 – Zestaw do trudnej intubacji – 1 sztuka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****netto** | **Wartość netto(zł)****(poz. 4x5)** | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)****(poz. 6x7)** | **Wartość brutto (zł)****(poz. 6+8)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| **1.** | **Pakiet 3 – Zestaw do trudnej intubacji** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |

Słownie wartość brutto: …………………………………………………………………………….….. zł

Termin dostawy (realizacji zamówienia) - ……………..tygodni od daty zawarcia umowy /wpisać *(Wymóg Zamawiającego: maksymalnie 2 tygodnie - krótszy termin dostawy będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt.6.3 zapytania ofertowego)*

Okres gwarancji - *……………..*miesięcy/wpisać *(Zamawiający określa minimalną oraz maksymalną długość okresu gwarancji, w przedziale od 36 do 60 miesięcy; okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 6.4 zapytania ofertowego)*

**- Pakiet 4 – Zestaw do intubacji i wentylacji – 2 sztuki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****netto** | **Wartość netto(zł)****(poz. 4x5)** | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)****(poz. 6x7)** | **Wartość brutto (zł)****(poz. 6+8)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| **1.** | **Pakiet 4 – Zestaw do intubacji i wentylacji** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |

Słownie wartość brutto: …………………………………………………………………………….….. zł

Termin dostawy (realizacji zamówienia) - ……………..tygodni od daty zawarcia umowy /wpisać *(Wymóg Zamawiającego: maksymalnie 2 tygodnie - krótszy termin dostawy będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt.6.3 zapytania ofertowego)*

Okres gwarancji - *……………..*miesięcy/wpisać *(Zamawiający określa minimalną oraz maksymalną długość okresu gwarancji, w przedziale od 36 do 60 miesięcy; okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 6.4 zapytania ofertowego)*

1. Oświadczamy, że powyższe ceny brutto zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Zobowiązujemy się dostarczyć sprzęt z wyposażeniem zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia przedstawionym w zapytaniu ofertowym oraz załączniku 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 – Opis przedmiotu zamówienia- zestawienie warunków i parametrów technicznych.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia określonymi w zapytaniu ofertowym i nie wnosimy żadnych zastrzeżeń, oraz uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty.
4. Oświadczam, że Wzór umowy (Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego) został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, jako najkorzystniejszej, do zawarcia umowy na wymienionych we Wzorze umowy warunkach, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. **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.\*\*

\* 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).

\*\*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, treści oświadczenia Wykonawca **nie składa** (Wykonawca może usunąć treść oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

-------------------------------- dnia ------ -------- 2019 r.

……………………………………………………………….

Podpis osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

oraz pieczątka/pieczątki