……………………………………………………

|  |
| --- |
| **Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu SP ZOZ ul. Rycerskiej 10****60-346 Poznań** |

 *pieczęć firmowa*

**OFERTA WYKONAWCY**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym pn. „Sukcesywne dostawy środków dezynfekcyjnych” ofertę składa:

*Zarejestrowana firma (nazwa albo imię i nazwisko) Wykonawcy*

*..................................................................................................................................................................................*

*siedziba lub miejsce zamieszkania Wykonawcy*

*..................................................................................................................................................................................*

*nr telefonu oraz adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………*

*adres skrzynki ePUAP, na którym prowadzona będzie korespondencja związana z postępowaniem*

*………………………………………………………………………………………………………..…………………..……...*

*REGON: ......................................................., NIP: ...................................................................*

*Nr konta Wykonawcy: ..................................................................................................................*

* + 1. **Wielkość przedsiębiorstwa** (oznaczyć znakiem X lub podobnym):

|  |  |
| --- | --- |
| Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR |  |
| Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR |  |
| Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. |  |
| Żadne z powyższych |  |

* + 1. **Osoba uprawniona do kontaktów:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

* + 1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:**

**Pakiet nr 1 Środki do dezynfekcji powierzchni i sprzętu.**

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto | Wartość brutto |
|  |  |

Oferujemy wykonanie zamówienia w pełnym zakresie określonym w SWZ i na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy oraz SWZ za:

**Cenę** (brutto): ……………………………… **PLN (w tym podatek VAT ….. %)**

słownie: ……………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Termin dostawy** |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| 24 godzin |  |
| 48 godzin |  |
| 72 godzin |  |

Zobowiązujemy się do dostawy zamawianego towaru w ciągu ....... godzin od złożenia zamówienia.

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.1

**Pakiet nr 2 Środki do dezynfekcji błon śluzowych i skóry.**

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto | Wartość brutto |
|  |  |

Oferujemy wykonanie zamówienia w pełnym zakresie określonym w SWZ i na warunkach

określonych w projektowanych postanowieniach umowy oraz SWZ za:

**Cenę** (brutto): ……………………………… **PLN (w tym podatek VAT ….. %)**

słownie: ……………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Termin dostawy** |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| 24 godzin |  |
| 48 godzin |  |
| 72 godzin |  |

Zobowiązujemy się do dostawy zamawianego towaru w ciągu ....... godzin od złożenia zamówienia.

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.2

* + 1. Oświadczam/Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia zgodnie z postanowieniami SWZ i OPZ.
		2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w terminie wskazanym w SWZ.
		3. Deklarujemy realizację zamówienia w terminie wskazanym w ofercie.
		4. Oświadczam/Oświadczamy, że oferowany asortyment spełnia odpowiednie warunki dopuszczenia go do obrotu i używania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i jest zarejestrowany zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. dla wyrobu medycznego – certyfikat zgodności z odpowiednimi dyrektywami Unii Europejskiej lub dokumenty równorzędne. Zgłoszenie lub wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych, dla produktu biobójczego pozwolenie na obrót produktem biobójczym, dla produktu leczniczego dopuszczenie do obrotu na terenie Polski (pozwolenie Ministra Zdrowia na obrót produktem leczniczym).
		5. Oświadczam/Oświadczamy, że przedmiot zamówienia posiada aktualne karty charakterystyki substancji niebezpiecznych oraz instrukcję użycia w języku polskim (załącznik do umowy).
		6. Oświadczam/Oświadczamy, że oferowane preparaty dezynfekcyjne posiadają badania wykonane w akredytowanych laboratoriach zgodnie z normami zebranymi w PN EN 14885:2008 dla obszaru medycznego, a w przypadku braku takich badań inne przewidziane dla obszaru medycznego, tj. metodologię zaakceptowaną przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub uznanych opiniotwórczych laboratoriach z terenu Unii Europejskiej, takich jak: DGHM, DVV, RKI.
		7. Zamówienie objęte ofertą zamierzamy wykonać:
1. sami\*
2. zamierzamy zlecić podwykonawcom\*

W przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom – Wykonawca wypełnia poniższe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wskazanie części zamówienia, które zamierzamy zlecić podwykonawcy | Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom | Nazwa i adres firmypodwykonawczej |
|  |  |  |

* + 1. Oświadczam/Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane
		w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio zostały pozyskane w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego
		w niniejszym postępowaniu\*.
		2. Oświadczam/Oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty:
1. nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*
2. prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*

Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić
do jego powstania: ..........................................................................………………………

* + - * 1. Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku: ………........ zł
		1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

...........................................................

 *…………………………………………*

 *(podpisano elektronicznie)*

podpis osoby uprawnionej/upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

*\* - niepotrzebne skreślić*

PLIK NALEŻY PODPISAĆ ELEKTRONICZNYM PODPISEM KWALIFIKOWANYM LUB PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM