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

**OFERTA WYKONAWCY**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn.

**„Sukcesywne dostawy sprzętu medycznego jedno- i wielokrotnego użytku, opatrunków, produktów higienicznych wykorzystywanych przez członków ZRM”**

**”** ofertę składa:

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

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

*siedziba lub miejsce zamieszkania Wykonawcy*

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

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

*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:**

**Część nr. 1 Sprzęt medyczny jednokrotnego użytku**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.1

**Część nr. 2 Elektrody**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.2

**Część nr. 3 Ochrona osobista, prześcieradła, poszwy**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.3

**Część nr. 4 Koce**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.4

**Część nr. 5 Opatrunki i przylepce**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.5

**Część nr. 6 Sprzęt pomocniczy**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.6

**Część nr. 7 Sprzęt medyczny wielokrotnego użytku**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.7

**Część nr. 8 Specjalistyczne opatrunki hydrożelowe**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.8

**Część nr. 9 Kołnierze ortopedyczne**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.9

**Część nr. 10 Uchwyt do stabilizacji rurki intubacyjnej**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

UWAGA: Załączyć Formularz asortymentowo cenowy – załącznik nr 1.10

1. 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. Zamówienie objęte ofertą zamierzamy wykonać:
5. sami\*
6. 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 firmy  podwykonawczej |
|  |  |  |
|  |  |  |

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 nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835)
3. Oświadczam/Oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty:
4. nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*
5. 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