**Zmodyfikowany załącznik nr 1**

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

###### FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Wykonawcy

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

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

Adres Wykonawcy

ul. ................................................. nr ...................

kod pocztowy ............................... miejscowość........................................................

Nr tel.: ...........................................................................

Nr fax...................................................................................

REGON:…..................................................................... NIP:......................................................................................

KRS: ……………………………………………………………………………. (jeśli istnieje)

Adres ePUAP ………………………………………………………………………

e -mail: …..................................@................................. http://..................................................................

W związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego **pn. „Zakup i dostawa sprzętu medycznego jednorazowego i wielorazowego użytku na potrzeby Apteki” SP ZOZ ZSM ZP/15/2020** dla **Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie**:

* + - 1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym specyfikacją istotnych warunków zamówienia (dalej w treści: SIWZ) za maksymalną łączną kwotę określoną w specyfikacji asortymentowo cenowej (załącznik nr 2 do SIWZ) wskazaną także poniżej:

| Przedmiot zamówienia | Wartość netto w PLN | Wartość brutto w PLN |
| --- | --- | --- |
| Pakiet nr 1 - Akcesoria anestezjologiczne do aparatu do znieczulenia Aespire View |  |  |
| Pakiet nr 2 - Akcesoria anestezjologiczne do monitora Infinity Delta XL |  |  |
| Pakiet nr 3 - Akcesoria do laparoskopii |  |  |
| Pakiet nr 4 - Elektrody igłowe kompatybilne z diatermią firmy Erbe |  |  |
| Pakiet nr 5 - Narzędzia chirurgiczne - pincety |  |  |
| Pakiet nr 6 - Narzędzia chirurgiczne - kleszczyki, imadła, zaciski |  |  |
| Pakiet nr 7 - Narzędzia chirurgiczne - nożyczki |  |  |
| Pakiet nr 8 - Narzędzia chirurgiczne |  |  |
| Pakiet nr 9 - Narzędzia manualne do zabiegów artroskopowych |  |  |
| Pakiet nr 10 - Narzędzia okulistyczne |  |  |
| Pakiet nr 11 - Pętle laryngologiczne do usuwania woszczyny |  |  |
| Pakiet nr 12 - Sprzęt endoskopowy |  |  |
| Pakiet nr 13 - Trokary jednorazowe do laparoskopii |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

* + - 1. Cena oferty:
		1. przenosi podatek VAT na Zamawiającego w wartości……………zł \*.
		2. nie przenosi podatku VAT na Zamawiającego \*.

\* niepotrzebny podpunkt (a lub b) skreślić lub właściwy zaznaczyć

***(W przypadku nie skreślenia lub zaznaczenia żadnego podpunktu Zamawiający przyjmuje, że Wykonawca nie przenosimy na Zamawiającego podatku VAT).***

* + - 1. Termin płatności za dostarczony przedmiot zamówienia ustala się na **60** dni, licząc od dnia dostarczenia przedmiotu zamówienia wraz z prawidłowo wypełnioną fakturą do siedziby Zamawiającego.
			2. Zapewniamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia odpowiada wymaganiom jakościowym stawianym w SIWZ.
			3. Oświadczamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia dopuszczony jest do obrotu i sprzedaży na rynku polskim zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa a w szczególności spełnia wymogi ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (tj. Dz. U. z 2020 poz. 186).
			4. Oświadczamy, że:
				* zapoznaliśmy się z SIWZ i akceptujemy jej treść,
				* spełniamy wszystkie wymagania zawarte w SIWZ i przyjmujemy je bez zastrzeżeń,
				* otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty,
				* deklarujemy gotowość przekazania próbki sprzętu medycznego na wniosek Zamawiającego w toku postępowania celem oceny zgodności asortymentu z opisem zawartym w SIWZ (SAC),
				* gwarantujemy minimalny termin: gwarancji, ważności lub sterylności dostarczanego sprzętu medycznego wynoszący nie mniej niż 5 miesięcy licząc od dnia realizacji dostawy do Zamawiającego.
			5. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym, a w przypadku dołączenia do oferty dokumentów o których mowa w punkcie 5.10 SIWZ oświadczamy, że są aktualne na dzień złożenia. Informacje podane w ofercie i w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.
			6. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.
			7. Bez zastrzeżeń przyjmujemy warunki zawarcia umowy i w przypadku wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej deklarujemy gotowość podpisania umowy niezwłocznie po upływie 10 dni od przesłania zawiadomienia o wyborze oferty, chyba że zostanie wniesione odwołanie. Przyjmujemy do wiadomości, iż w sytuacji gdy w postępowaniu o udzielenie zamówienia zostanie złożona tylko jedna oferta to Zamawiający będzie mógł zawrzeć umowę przed upływem tego terminu.
			8. Oświadczamy, że brak jest podstaw do wykluczenia nas z postępowania w okolicznościach, o których mowa w SIWZ.
			9. Zgodnie z art. 36 a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo Zamówień Publicznych oświadczam/y,
			że zamierzamy\* / nie zamierzamy\* powierzyć wykonanie części zamówienia Podwykonawcom.

Opis części zamówienia przewidzianej do wykonania przez Podwykonawcę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Części zamówienia, które Wykonawca zamierza powierzyć Podwykonawcom (opisać / wskazać zakres) | Podwykonawca(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

**Uwaga:** jeżeli Wykonawca zamierza zlecić Podwykonawcom część zamówienia należy wypełnić w JEDZ Dział IV Kryteria kwalifikacji, Część C – Zdolność techniczna i zawodowa oraz podać część procentową zamówienia.

* + - 1. **Oferujemy realizację dostaw w terminie do: ………….. dni** **kalendarzowych** z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy licząc od dnia złożenia zamówienia. (Uwaga: Termin dostawy podlega ocenie zgodnie z kryterium oceny ofert ujętym w części 13 SIWZ, **0 pkt otrzymuje termin:**

**- do 6 dni –dotyczy pakietu nr 1-4, 11, 13,**

**- do 30 dni - dotyczy pakietu nr 10,**

**- do 56 dni - dotyczy pakietu nr 5-9,12.**

**W przypadku nie uzupełnienia Zamawiający przyjmuje, iż Wykonawca dostarczy towar w terminie maksymalnym w zależności od nr pakietu**).

1. 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.

[RODO - 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 4 maja 2016, str. 1]

Uwaga: 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 (pkt 13 Zał. 1) wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

1. Czy Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem: **TAK/NIE\***

(\*Niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć)

1. Do kontaktów z Wykonawcą w sprawie oferty/umowy upoważniamy: ………………………………………..

Tel. ....................................................

Adres e-mail ………………………

1. Wraz z ofertą przedkładamy następujące oświadczenia i dokumenty:

a/....................................................................................................zał. nr ......................

b/....................................................................................................zał. nr ......................

c/....................................................................................................zał. nr ......................

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

Data, miejsce Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy