Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres Wykonawcy:

ul. ............................................... nr ................... kod pocztowy ................. miejscowość ........................................

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

REGON: .............................. NIP: .................................. KRS: ………………………. *(jeśli istnieje)*

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

Oferta do zapytania pn. **„Dostawa chemicznych testów do sterylizacji oraz fiołkowych wskaźników biologicznych dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie: ZSM/CS/01/2024**.

1. Składam(y) ofertę cenową na realizację zamówienia, dalej „przedmiot zamówienia” (– przenieść wartości z arkusza SAC):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia zg. z SAC** | **Cena netto** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** |
| **Pakiet 1 –** TESTY CHEMICZNE DO STERYLIZACJI | ……..………….. | ..……. | ……...……… |
| **Pakiet 2** **–** FIOLKOWE WSKAŹNIKI BIOLOGICZNE | ……..………….. | ..……. | ……...……… |
| **RAZEM** | ……..………….. |  | ……...……… |

* + - 1. Oferujemy dostawy asortymentu (sukcesywne) do ……....... dni roboczych (termin nie dłuższy niż 5 dni), licząc od dnia złożenia zamówienia.
      2. Termin płatności - 60 dni licząc od dnia dostarczenia przedmiotu zamówienia i podpisania Protokołu oraz dostarczenia prawidłowo wypełnionej faktury do siedziby Zamawiającego. Zamawiający będzie dokonywał wszystkich płatności przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze. Zamawiający zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (t.j. Dz.U. 2020 poz. 2191) ma obowiązek odbierania od Wykonawcy faktur elektronicznych za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania. Zamawiający będzie dokonywał wszystkich płatności przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze.

Zamawiający korzysta z platformy PEF: [https://www.brokerinfinite.efaktura.gov.pl](https://www.brokerinfinite.efaktura.gov.pl/) i aplikacji: Infinite IT Solutions. Numer PEPPOL: 6271923530.

* + - 1. Zapewniamy, że oferowana przez nas dostawa implantów piersi odpowiada wymaganiom stawianym w załączniku nr 2 do Zapytania ofertowego (SAC) oraz w załączniku nr 3 do zapytania ofertowego
      2. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
      3. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
      4. Wraz z ofertą przedkładamy następujące oświadczenia i dokumenty:

1. .............................................................................................… zał. nr ......................
2. .............................................................................................… zał. nr ......................

...............................……………....... ..........................................................................

Data, miejsce Podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy