Znak sprawy: DZP.26.13.2024.ZP.D

Załącznik nr 2– Formularz ofertowy

.................................. dnia .......................

FORMULARZ OFERTOWY

Ja/my\*, niżej podpisani:

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

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

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy/ wykonawców występujących wspólnie\*:

(Zarejestrowana nazwa Wykonawcy/ pełnomocnika wykonawców występujących wspólnie\*)

Nazwa wykonawcy: …..................................................................................................................

KRS wykonawcy: ….......................................................................................................................

NIP wykonawcy: ….......................................................................................................................

REGON wykonawcy: ….................................................................................................................

Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów: …........................................................................

adres wykonawcy: …....................................................................................................................

kod pocztowy i miejscowość: …...................................................................................................

województwo…............................................................................................................................

telefon: ….....................................................................................................................................

poczta elektroniczna (e-mail): …..................................................................................................

przystępując do prowadzonego przez Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki postępowania w trybie podstawowym na:

Sukcesywną dostawę produktów leczniczych do IMW w Lublinie – 1 część, składamy niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia i:

Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, zamieszczonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z załącznikami i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach przedstawionych w niniejszej ofercie:

1. Wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu umowy (cena) brutto wynosi ( z podatkiem VAT w stawce .........% i wysokości podatku ……..)

wynosi................................................... słownie: .........................................................................................................................

Oświadczenia:

1. Oświadczam/y, że w ww. podanej cenie uwzględniliśmy wszelkie koszty niezbędne do pełnej

i terminowej realizacji zamówienia, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia i projektowanych postanowieniach umowy.

1. Oświadczam/y, że wszystkie oferowane produkty lecznicze posiadają wymagane zezwolenia Ministra Zdrowia dopuszczenia do obrotu na terenie Polski, a w przypadku produktów mający status wyrobu medycznego posiadają certyfikat CE lub deklarację zgodności z dyrektywą dotyczącą wyrobów medycznych.
2. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia wskazanego przez Zamawiającego.
3. Oświadczam/y, że w razie wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy.
4. Oświadczam/y, 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.\*\*
5. Oświadczam/y, że zamierzamy powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Część zamówienia powierzona do realizacji podwykonawcy | Nazwa/firma podwykonawcy |
|  |  |  |

Zarejestrowane nazwy i adresy Wykonawców występujących wspólnie\*\*: ………………………………………………………………………………………………………………

7. Oświadczam/y, że wybór oferty prowadzi/nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

Nazwa towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku VAT:

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

8.Oświadczam, iż jestem / Wykonawca jest:

* mikroprzedsiębiorstwem,
* małym przedsiębiorstwem,
* średnim przedsiębiorstwem,
* dużym przedsiębiorstwem

(niepotrzebne skreślić lub wybrać właściwe)

9. Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

TAK / NIE / NIE DOTYCZY \*)

\*) niepotrzebne skreślić lub wybrać właściwe; brak wyboru oznacza wypełnienie obowiązku zgodnie z art. 13 lub 14 RODO

Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty, są:

1) ……………………………………………………………………………………….

2) ……………………………………………………………………………………….

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz ofertowy (oraz Załączniki do niniejszego formularza) musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem(ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

\*niepotrzebne skreślić

Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty