### *Załącznik nr I do SWZ / Oferty*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**O F E R T A**

**złożona w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji na realizację zamówienia pn.:**

2. **„Sukcesywna dostawa rękawic chirurgicznych i diagnostycznych dla SP ZOZ w Bogatyni”**

### *w ramach postępowania (sprawy) Nr: ZP 271-N1/01/X/2024*

**I. DANE WYKONAWCY** *(ewent. WYKONAWCÓW WYSTĘPUJĄCYCH WSPÓLNIE)*

* Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………
* Adres siedziby Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………
* KRS: ……………………………………………..
* NIP: ……………………………………………..; REGON: ………………….………………………………..
* Województwo: ………………………………………………………………………………………………….
* Numer telefonu: ……………………………….................. Fax: …………….....................………………….
* Strona internetowa / adres e – mail: ………………………………………/…………………………………..
* Osoba/ osoby uprawnione do kontaktów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OSOBA / OSOBY **UPRAWNIONE DO KONTAKTÓW ORAZ BIEŻĄCEJ WSPÓŁPRACY** | FUNKCJA | ZAKRES UPRAWNIEŃ | TELEFON /  E-MAIL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OSOBA / OSOBY **UPRAWNIONE DO PODPISANIA UMOWY** | FUNKCJA | ZAKRES UPRAWNIEŃ |
|  |  |  |
|  |  |  |

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na realizację zamówienia pn.:

**„Sukcesywna dostawa rękawic chirurgicznych i diagnostycznych dla SP ZOZ w Bogatyni”**

### *w ramach postępowania (sprawy) Nr: ZP 271-N1/01/X/2024*

**SKŁADAMY NINIEJSZĄ OFERTĘ:**

1. **Oferujemy realizację niżej wymienionych PAKIETÓW (CZĘŚCI) przedmiotowego zamówienia za cenę ofertową:**

| **Nr**  **Pakietu**  **(Części)** | **Nazwa**  **PAKIETU (CZĘŚCI)** | **Cena ofertowa brutto**  **(w PLN)** | **Termin płatności** | **Słownie cena ofertowa brutto**  **(w PLN)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Sukcesywna dostawa rękawic chirurgicznych | ....…….……… PLN | ....….……… | (słownie: ………………....…….......... ………………………….............. PLN) |
| **2** | Sukcesywna dostawa rękawic diagnostycznych lateksowych | ....……….……PLN | ....….……… | (słownie: ………………....…….......... ………………………….............. PLN) |
| **3** | Sukcesywna dostawa rękawic diagnostycznych nitrylowych | ....…………… PLN | ....….……… | (słownie: ………………....…….......... ………………………….............. PLN) |

*(UWAGA: Wykonawca wypełnia w powyższej tabeli tylko rubryki dotyczące PAKIETÓW (CZĘŚCI), o których udzielenie ubiega się – reszta tabeli winna być SKREŚLONA).*

1. **OŚWIADCZAMY, ŻE**:
2. Zamówienie zrealizujemy sami / z udziałem podwykonawców \*
3. W przypadku zatrudnienia podwykonawców wskazujemy:

|  |  |
| --- | --- |
| **części PAKIETÓW (CZĘŚCI) zamówienia, których wykonanie zamierzamy powierzyć** | **następującym podwykonawcom**  (*wskazać podwykonawcę: nazwa, adres, tel.)* |
|  |  |
|  |  |

**c)** W przypadku zatrudnienia podwykonawców, odpowiadamy za ich pracę, jak za swoją własną, zapewniamy, że podwykonawcy będą przestrzegać wszelkich postanowień Umowy zawartej w rezultacie udzielenia niniejszego zamówienia. Jako Wykonawca odpowiadamy wobec Zamawiającego za wszelkie działania lub zaniechania swoich podwykonawców, jak za swoje działania lub zaniechania.

1. Jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni od upływu ostatecznego terminu składania ofert.
2. Oświadczamy, że wszystkie oferowane przez nas wyroby medyczne składające się na przedmiot niniejszego zamówienia posiadają wszelkie wymagane przepisami prawa dopuszczenia i atesty oraz spełniają wymagania określone obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności ustawy o wyrobach medycznych z dnia 07.04.2022r. (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 974), a także spełniają warunki dopuszczenia do obrotu i stosowania na terenie Rzeczpospolitej Polski, określonymi przez Ministra Zdrowia, a także posiadają aktualne karty charakterystyki/karty katalogowe/opisy techniczne/wyniki badań w języku polskim (lub przetłumaczone na język polski) dotyczące oferowanych towarów.
3. Zapewniamygwarancję jakości (przydatność do użycia) dostarczanych - w ramach niniejszego zamówienia - produktów farmaceutycznych **przez okres minimum ..…… miesiące(-cy)** od daty odbioru danej partii dostawy przez Zamawiającego (***minimum 12 miesięcy*** *- Wykonawca może zaoferować dłuższy termin przydatności produktów do użycia*).
4. Akceptujemy istotne postanowienia umowy (wzór umowy) i zobowiązujemy się w razie wybrania naszej oferty do podpisania umowy zgodnie z wymogami określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacja Warunków Zamówienia i że spełniamy wszystkie zawarte w niej wymagania, przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty.
6. **Jesteśmy:**

•jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem\*

•jesteśmy małym przedsiębiorstwem\*

•jesteśmy średnim przedsiębiorstwem\*

•prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą\*

•jestem osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej\*

•inny rodzaj\*

1. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*\*

**ZAŁĄCZNIKI DO NINIEJSZEJ OFERTY:**

1. Wypełnione i podpisane „Formularze asortymentowo-cenowe” – Zał. nr II........;

2. Wypełnione i podpisane „Oświadczenie” - Zał. Nr III;

3. Zamawiający w celu potwierdzenia zgodności oferowanych produktów z wymaganiami i szczegółowym opisie, przedmiotu zamówienia zawartego w Formularzach asortymentowo-cenowych – Załączniki Nr II.1 - II.3wymaga, aby Wykonawca złożył wraz z ofertą następujące przedmiotowe środki dowodowe:

- Dokumenty dopuszczające produkt do obrotu i stosowania na terenie RP (w zakresie wyrobów medycznych: zgłoszenie lub potwierdzenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, deklaracja zgodności wystawiona przez producenta, certyfikat – jeżeli dotyczy) oraz karty charakterystyki/karty katalogowe/opisy techniczne/wyniki badań w języku polskim (lub przetłumaczone na język polski) dotyczące oferowanych towarów z zaznaczeniem wszystkich wymaganych przez Zamawiającego określonych w niniejszej SWZ i jej załącznikach parametrów, które musi spełniać dany produkt (wyrób).

4. Pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty, jeżeli osoba podpisana nie jest wymieniona w dokumencie rejestracyjnym Wykonawcy, jako uprawniona do jego reprezentowania. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale lub w formie kopii poświadczonej notarialnie.

Na ..... kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty.

Miejscowość, .......................... dnia ................

**UWAGA! Dokument należy podpisać kwalifikowanym**

**podpisem elektronicznym**

**lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* 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).*

*\*\*\* 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 wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*