SGOZ-K-271-1-25  **Załącznik nr 1**

**OGÓLNY FORMULARZ OFERTY**

1. **Dane Wykonawcy:**

Zarejestrowana **nazwa (firma) Wykonawcy**[[1]](#footnote-2)**:**

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

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

Zarejestrowany **adres Wykonawcy**:

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

**REGON** .................................... **NIP** ..................................... nr rejestru np. **KRS** ......................................

Dane kontaktowe **Wykonawcy**:

**Osoba do kontaktu:** .........................................................................................................................................................

**Adres e-mail**: ...................................................................................................................................

**tel.:** .....................................................................

Czy Wykonawca jest[[2]](#footnote-3)*(właściwe zaznaczyć):*

□ mikroprzedsiębiorstwem □ małym przedsiębiorstwem □ średnim przedsiębiorstwem

□ jednoosobowa działalność gospodarcza □ inny

1. **Przedmiot oferty**

Oświadczam/-y, że po zapoznaniu się z ogłoszeniem i treścią SWZ, w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z art. 132 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych pn.:

**„Dostawa sprzętu i wyposażenia medycznego w ramach Projektu nr FENX.06.01-IP.03-0001/23 pn. „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)”, na podstawie umowy nr 06OW/9036/I/2024”.**

**znak sprawy: SGOZ-K-271-1-25**

składam/-y ofertę na realizację przedmiotowego zamówienia publicznego zgodnie z warunkami niniejszej dokumentacji postępowania.

1. **Cena oferty**

Oświadczam/-y, że przedmiot zamówienia zobowiązuję/-emy się wykonać w zakresie ustalonym w SWZ, załącznikach do SWZ, w sposób wskazany w umowie – za wskazaną poniżej kwotę:

*Uwaga: Uzupełnić w zakresie, którego dotyczy oferta, niepotrzebne skreślić/usunąć.*

**Zadanie nr 1 – Holter EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Holter EKG | szt. | 3 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Zadanie nr 2 – Holter ciśnieniowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Holter ciśnieniowy | szt. | 2 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Zadanie nr 3 – Drobne sprzęty medyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Pulsoksymetr | szt. | 5 |  |  |  |  |
| 2. | Otoskop | szt. | 4 |  |  |  |  |
| 3. | Stetoskop (zwykły, internistyczny, pediatryczny) | szt. | 2 |  |  |  |  |
| 4. | Termometr elektroniczny | szt. | 5 |  |  |  |  |
| 5. | Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi elektroniczny i/lub manualny w różnych rozmiarach w tym z kompletem mankietów dla dzieci | szt. | 5 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Zadanie nr 4 – Waga medyczna ze wzrostomierzem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Waga medyczna ze wzrostomierzem | szt. | 3 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Zadanie nr 5 – Meble medyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Kozetka lekarska | szt. | 3 |  |  |  |  |
| 2. | Stół zabiegowy | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Zadanie nr 6 – Manekin noworodka do edukacji przedporodowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Manekin noworodka do edukacji przedporodowej | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Zadanie nr 7 – Lodówka z monitoringiem temperatury**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Lodówka z monitoringiem temperatury | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Zadanie nr 8 - Spirometr**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Spirometr | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Zadanie nr 9 – Oczyszczacz powietrza**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Oczyszczacz powietrza | szt. | 5 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Zadanie nr 10 – Bieżnia do prób wysiłkowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Bieżnia do prób wysiłkowych | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Pakiet nr 11 – Aparat USG - mobilny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Aparat USG przenośne (mobilne) | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Pakiet nr 12 – Koncentrator tlenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Koncentrator tlenowy | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Pakiet nr 13 – Wózek inwalidzki dla osoby dorosłej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Wózek inwalidzki dla osoby dorosłej | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Pakiet nr 14 – Lampa UV bakterio- i wirusobójcza**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Lampa UV bakterio- i wirusobójcza | szt. | 4 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Pakiet nr 15 – Aparat EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Aparat EKG | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Pakiet nr 16 – Detektor przepływu Doppler**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Detektor przepływu Doppler | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Zadanie nr 17 – Waga z analizatorem masy ciała**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Waga z analizatorem masy ciała | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

**Zadanie nr 18 – Aparat do oznaczania glukozy – glukometry**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Aparat do oznaczania glukozy – glukometry | szt. | 3 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

**wartość brutto wynosi ................................ zł**

**(słownie: ......................................................................................................... zł)**

1. **Na potwierdzenie spełnienia wymogów zamawiającego oświadczamy, że:**
2. zapoznałem/-liśmy się z warunkami zamówienia zawartymi w specyfikacji warunków zamówienia, wszystkich załącznikach do SWZ oraz z projektowanymi postanowieniami umowy i akceptuję/-emy ich treść bez zastrzeżeń oraz gwarantujemy wykonanie całości zamówienia zgodnie z treścią SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej zmian.
3. przedmiot zamówienia zostanie dostarczony do miejsca wskazanego i ustalonego z Zamawiającym na własny koszt i ryzyko zgodnie z postanowieniami umowy.
4. wycena zamówienia jest kompletna i zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem i dostarczeniem przedmiotu zamówienia.
5. wszystkie produkty ujęte w opisie przedmiotu zamówienia są dopuszczone do obrotu na terenie UE. Oświadczam/-y, że wszystkie wyroby medyczne ujęte w opisie zamówienia są zgodne z ustawą o wyrobach z dnia 7 kwietnia 2022r.
6. jestem/-śmy związani niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ.
7. spełniam/-y warunki udziału w postępowaniu, uzyskaliśmy informacje niezbędne do właściwego przygotowania oferty i nie wnosimy żadnych uwag.
8. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO [[3]](#footnote-4) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. [[4]](#footnote-5)
9. Zgodnie z art. 225 ustawy Pzp oświadczam, że wybór niniejszej oferty **będzie / nie będzie** prowadził (niepotrzebne skreślić) do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług.

*Wybór oferty Wykonawcy prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT - faktura Wykonawcy nie będzie zawierała kwoty podatku VAT (wewnątrzwspólnotowe nabycie towarów, import usług lub towarów, mechanizm odwróconego obciążenia podatkiem VAT).*

W przypadku, gdy wybór oferty Wykonawcy będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca zobowiązany jest wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usług i wartość tego towaru lub usług bez kwoty podatku VAT. Nazwa towaru lub usług prowadzących do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

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

oraz wartość tych towarów lub usług bez podatku od towarów i usług: …….….………………………………… zł

**Uwaga: Niniejszą część wypełnia wyłącznie Wykonawca, którego wybór oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego (brak VAT na fakturze Wykonawcy).**

1. W przypadku wyboru mojej/naszej oferty za najkorzystniejszą (przyznania nam zamówienia), zobowiązuję/-emy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
2. Następujące części zamówienia powierzymy następującym podwykonawcom:

Część: ................................... wykona podwykonawca: ..................................................................

(...)

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

***Ofertę należy podpisać:***

***kwalifikowanym podpisem elektronicznym***

1. W przypadku, gdy ofertę składać będą Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia – należy podać nazwę każdego z tych Wykonawców. [↑](#footnote-ref-2)
2. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   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 przedsiębiorstwamii które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

   \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
3. 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). [↑](#footnote-ref-4)
4. 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 przekreślenie). [↑](#footnote-ref-5)