**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

Oferta złożona do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn.: **O****bsługa serwisowa sprzętu i aparatury medycznej Szpitala Specjalistycznego w Zabrzu Sp. z o.o. Nr sprawy DZP/01 TP/2026**

**Dane dotyczące Wykonawcy[[1]](#footnote-1):**

Nazwa.................................................................................................................

Siedziba..............................................................................................................

Nr telefonu/faks.................................................................................................

Adres e-mail: ……………………………………………………………………..…………………………..

NIP......................................................................................................................

REGON...............................................................................................................

KRS/ CEDG …………………………………………………………………………………………………….

**Rodzaj przedsiębiorstwa jakim jest Wykonawca (zaznaczyć właściwą opcję)[[2]](#footnote-2):**

* Mikroprzedsiębiorstwo
* Małe przedsiębiorstwo
* Średnie przedsiębiorstwo
* jednoosobową działalnością gospodarczą,
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* Inne

**Dane dotyczące Zamawiającego**

Szpital Specjalistyczny w Zabrzu Sp. z o.o.

ul. M. Curie - Skłodowskiej 10

41-800 Zabrze

NIP 648-277-50-49

REGON 272735162

Zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym, prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000568080

**Zobowiązania wykonawcy**

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia na poniższych warunkach:

**Należy wypełnić dla tych pakietów, na które Wykonawca składa ofertę. Pozostałe puste miejsca należy przekreślić lub usunąć.**

**Obsługa serwisowa sprzętu i aparatury medycznej:**

1. **PAKIET NR 1 Stanowiska do znieczulania** **ATLAN 350 DRAGER**

Wartość netto...........................................................................................................zł

(słownie: ....................................................................................................................)

podatek VAT.............................................................................................................zł

Wartość brutto..........................................................................................................zł

(słownie: .....................................................................................................................)

**KRYTERIUM OCENY:**

Wykonawca dysponuje pracownikami serwisu, min. 2 osoby, zatrudnionymi na umowę o pracę.

1. Oświadcza, że pracownicy świadczący serwis urządzeń posiadają aktualne imienne certyfikaty szkoleniowe wydane przez Producenta aparatu (tzn. aktualną autoryzację) tj. systemu/urządzenia/sprzętu medycznego będącego przedmiotem umowy tj. **Pakiet nr 1 Stanowiska do znieczulania** **ATLAN 350 DRAGER**

**………………………TAK/NIE**

1. Oświadcza, że pracownicy świadczący serwis urządzeńposiadają aktualne, imienne certyfikaty szkoleniowe, wydane przez podmioty niezależne od producenta, zajmujące się szkoleniem serwisantów aparatury medycznej, po odbyciu szkolenia produktowego z serwisowania danego typu aparatu, tj. **Pakiet nr 1 Stanowiska do znieczulania** **ATLAN 350 DRAGER**

**………………………TAK/NIE**

*Wykonawca wskaże spełnianą przez siebie pozycję a) lub b) dla Pakietu nr 1*

**Wykonawca składając ofertę informuje, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania   
u Zamawiającego obowiązku podatkowego TAK\*/NIE (*\*niepotrzebne skreślić)***

Jeżeli TAK należy wskazać: nazwę produktu/usługi, wartość produktu objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego - bez kwoty podatku oraz stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy będzie miała zastosowanie: ………………………………………….................

W przypadku braku wypełnienia przedmiotowego oświadczenia Zamawiający automatycznie przyjmuje, że nie ponosi żadnych zobowiązań z tytułu opłat wynikających z obowiązku podatkowego Wykonawcy zgodnie z zapisami wynikającymi z art. 225 Ustawy PZP.

1. **PAKIET NR 1 System RTG** **Clisis General Medical Merate**

Wartość netto...........................................................................................................zł

(słownie: ....................................................................................................................)

podatek VAT.............................................................................................................zł

Wartość brutto..........................................................................................................zł

(słownie: .....................................................................................................................)

**KRYTERIUM OCENY:**

Wykonawca dysponuje pracownikami serwisu, min. 2 osoby, zatrudnionymi na umowę o pracę.

1. Oświadcza, że pracownicy świadczący serwis urządzeń posiadają aktualne imienne certyfikaty szkoleniowe wydane przez Producenta aparatu (tzn. aktualną autoryzację) tj. systemu/urządzenia/sprzętu medycznego będącego przedmiotem umowy tj. **Pakiet nr 2** **System RTG** **Clisis General Medical Merate**

**………………………TAK/NIE**

1. Oświadcza, że pracownicy świadczący serwis urządzeńposiadają aktualne, imienne certyfikaty szkoleniowe, wydane przez podmioty niezależne od producenta, zajmujące się szkoleniem serwisantów aparatury medycznej, po odbyciu szkolenia produktowego z serwisowania danego typu aparatu, tj**. Pakiet nr 2 System RTG** **Clisis General Medical Merate**

**………………………TAK/NIE**

*Wykonawca wskaże spełnianą przez siebie pozycję, a) lub b) dla Pakietu nr 2*

**Wykonawca składając ofertę informuje, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania   
u Zamawiającego obowiązku podatkowego TAK\*/NIE (*\*niepotrzebne skreślić)***

Jeżeli TAK należy wskazać: nazwę produktu/usługi, wartość produktu objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego - bez kwoty podatku oraz stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy będzie miała zastosowanie: ………………………………………….................

W przypadku braku wypełnienia przedmiotowego oświadczenia Zamawiający automatycznie przyjmuje, że nie ponosi żadnych zobowiązań z tytułu opłat wynikających z obowiązku podatkowego Wykonawcy zgodnie z zapisami wynikającymi z art. 225 Ustawy PZP.

1. **PAKIET NR 1** **Tomograf Komputerowy Revolution Maxima GE Medical System**

Wartość netto...........................................................................................................zł

(słownie: ....................................................................................................................)

podatek VAT.............................................................................................................zł

Wartość brutto..........................................................................................................zł

(słownie: .....................................................................................................................)

**KRYTERIUM OCENY:**

Wykonawca dysponuje pracownikami serwisu, min. 2 osoby, zatrudnionymi na umowę o pracę.

1. Oświadcza, że pracownicy świadczący serwis urządzeń posiadają aktualne imienne certyfikaty szkoleniowe wydane przez Producenta aparatu (tzn. aktualną autoryzację) tj. systemu/urządzenia/sprzętu medycznego będącego przedmiotem umowy tj. **Pakiet nr 3 Tomograf Komputerowy z rodziny Revolution Maxima GE Medical System**

**………………………TAK/NIE**

1. Oświadcza, że pracownicy świadczący serwis urządzeńposiadają aktualne, imienne certyfikaty szkoleniowe, wydane przez podmioty niezależne od producenta, zajmujące się szkoleniem serwisantów aparatury medycznej, po odbyciu szkolenia produktowego z serwisowania danego typu aparatu, tj. **Pakiet nr 3 Tomograf Komputerowy** **z rodziny Revolution Maxima GE Medical System**

**………………………TAK/NIE**

*Wykonawca wskaże spełnianą przez siebie pozycję a) lub b) dla Pakietu nr 3*

**Wykonawca składając ofertę informuje, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania   
u Zamawiającego obowiązku podatkowego TAK\*/NIE (*\*niepotrzebne skreślić)***

Jeżeli TAK należy wskazać: nazwę produktu/usługi, wartość produktu objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego - bez kwoty podatku oraz stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy będzie miała zastosowanie: ………………………………………….................

W przypadku braku wypełnienia przedmiotowego oświadczenia Zamawiający automatycznie przyjmuje, że nie ponosi żadnych zobowiązań z tytułu opłat wynikających z obowiązku podatkowego Wykonawcy zgodnie z zapisami wynikającymi z art. 225 Ustawy PZP.

* **Warunki płatności -** Zgodnie z zapisami SWZ tj. 30 dni od dnia dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury VAT
* **Termin wykonania zamówienia -** Zgodnie z zapisami SWZ **tj. 24 miesięcy**

**Niniejszym oświadczam, że:**

* zapoznałem się z warunkami zamówienia i przyjmuję je bez zastrzeżeń;
* zapoznałem się z postanowieniami załączonego do SWZ wzoru umowy i przyjmuję go bez zastrzeżeń;
* przedmiot oferty jest zgodny z przedmiotem zamówienia;
* jestem związany niniejszą ofertą zgodnie z zapisami rozdz. XXIV SWZ, licząc od dnia składania ofert podanego w SWZ;
* Oświadczam/y, że wypełniłem/łam/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[3]](#footnote-3) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[4]](#footnote-4).

**Pełnomocnik/ Osoba upoważniona:**

Nazwisko, imię ....................................................................................................

Stanowisko ...........................................................................................................

Telefon...................................................e-mail.........................................................

Zakres:

- do reprezentowania w postępowaniu

- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

**Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej**

Nazwisko, imię ....................................................................................................

Stanowisko ...........................................................................................................

Telefon...................................................e-mail.........................................................

Zakres:

- do reprezentowania w postępowaniu

- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

**Niżej podaną część/zakres zamówienia, wykonywać będą w moim imieniu podwykonawcy:**

Zamierzamy\* / nie zamierzamy powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis części zamówienia, którą Wykonawca  zamierza powierzyć do realizacji przez Podwykonawcę | Nazwa (firma) podwykonawcy  (o ile są znane) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Wszelką korespondencję proszę kierować na adres:**

…………………………………………………….

………………………………………………….....

…………………………………………………….

**Zastrzeżenie wykonawcy**

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione z uwagi na fakt, iż stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 16.04.1993 r.   
o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1233 z późn. zm.)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Inne informacje wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. **¹ Uwaga: w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wskazać wszystkich Wykonawców występujących wspólnie lub zaznaczyć, iż wskazany podmiot (Pełnomocnik/Lider) występuje w imieniu wszystkich podmiotów składających ofertę wspólną.** w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które w okresie ostatnich dwóch lat obrotowych zatrudniało średniorocznie mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa w tym okresie nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które w okresie ostatnich dwóch lat obrotowych zatrudniało średniorocznie mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa w tym okresie nie przekroczyła równowartości w złotych 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które w okresie ostatnich dwóch lat bilansowych zatrudniało średniorocznie mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekroczył równowartości w złotych 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza równowartości w złotych 43 milionów EUR [↑](#footnote-ref-2)
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-3)
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 wykreślenie). [↑](#footnote-ref-4)