

FORMULARZ OFERTOWY

Uwaga: Wypełnia w całości i podpisuje Wykonawca

Dane Wykonawcy:

Nazwa (firma)/imię i nazwisko Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie:

Adres Wykonawcy:

Ulica, nr domu/nr lokalu:

Miejscowość i kod pocztowy:

Województwo:

tel. /

fax./

KRS:, **REGON:**, **NIP:**

Osoba do kontaktu:

Imię i nazwisko:

adres e-mail:

Firmy zagraniczne podają informację, czy mają siedzibę w Polsce, czy poza granicami:

.....

Oferta dotyczy zapytania ofertowego sporządzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie ul. Młyńska 2, Nr DTECH/9/12/21 na:

„Przeglądy techniczne kardiomonitorów PM 6000 i respiratora Ambu ”

I. Cena:

Cena za przeglądy techniczne sprzętu wymienionego w poniższej tabeli:

(cena te obejmują wszelkie koszty, jakie Wykonawca musi ponieść w celu należytego wykonania przeglądów - robocizna, części zużywalne, dojazd).

Nazwa urządzenia	Typ	Numer seryjny	Cena netto w zł	Stawka VAT	Wartość VAT w zł	Wartość brutto w zł
Respirator transportowy	Ambu Matic	22694511				
Kardiomonitor	PM 6000	CA64-0255				
Kardiomonitor	PM 6000	ABCS-3078				
Kardiomonitor	PM 6000	ABCS-3070				
Kardiomonitor	PM 6000	ABCS-3069				

suma				
------	--	--	--	--

II. Oświadczamy , że:

1. W cenie niniejszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
2. Zamówienie stanowiące przedmiot niniejszego postępowania wykonamy w okresie do 14 dni licząc od daty podpisania umowy z zastrzeżeniem, że cały przedmiot umowy zostanie wykonany tego samego dnia.
3. Zawarte w zapytaniu warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym
5. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni, licząc od daty składania ofert.
6. Numer telefonu, faksu, e-mail pod, który Zamawiający będzie zgłaszał usługi serwisowe:
 - tel. -
 - fax. -
 - e-mail -
7. Wszelkie płatności związane z realizacją umowy, w przypadku wyboru Naszej oferty, Zamawiający przekazywał będzie na konto nr:

.....

8. Akceptujemy następujące warunki płatności :

- Płatność za wystawioną fakturę zostanie dokonana **do 60 dni** od daty dostarczenia faktury do siedziby Zamawiającego.

9. Oświadczamy, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji / Oświadczamy, że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji./*

* *niepotrzebne skreślić*

III. Warunki udziału:

Warunek	Spełnia/nie spełnia	
Wiedza, doświadczenie i wymagane prawem uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu umowy.	TAK*	NIE*

* *niepotrzebne skreślić*

IV. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.

V. Oświadczamy, że wypełniamy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

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 (**np. przez jego wykreślenie**).

.....

(miejscowość i data)

.....

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Informacja dla Wykonawcy:

*Formularz ofertowy 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.
- w przypadku składania oferty drogą elektroniczną.*