

## FORMULARZ OFERTOWY

Uwaga: **Wypełnia w całości i podpisuje Wykonawca**

**Dane Wykonawcy**

.....

**Adres / siedziba/ Wykonawca** .....

.....

**tel. /** .....

**fax../** .....

**adres e-mail osoby upoważnionej do korespondencji z**

**Zamawiającym:**.....

Oferta dotyczy przetargu nieograniczonego ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie ul. Młyńska 2, **Nr DG/1/20/18**

na:

**Dostawę odczynników i testów do badań immunoenzymatycznych wraz z dzierżawą sprzętu i oprogramowania niezbędnego do wykonania badań dla SPZOZ w Krotoszynie**

**W okresie 24 miesięcy liczonych od instalacji całego sprzętu łącznie z dostawą pierwszej partii odczynników, materiałów kontrolnych, kalibratorów, materiałów zużywalnych niezbędnych do instalacji, uruchomienia pracy sprzętu oraz oprogramowania do wykonania badań, potwierdzonych protokołem instalacji.**

**I. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami SIWZ za cenę podaną w Formularzu cenowym.**

**II. Oświadczamy , że:**

1. W cenie niniejszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
2. Zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
4. Zawarte w SIWZ 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.
5. W przypadku otrzymania zamówienia, koordynatorem nadzorującym realizację postanowień umownych zostanie Pan(i):

.....

telefon kontaktowy.....

6. Wszelkie płatności związane z realizacją umowy, w przypadku wyboru Naszej oferty, Zamawiający przekazywał będzie na konto nr:

.....

**7.Wszystkie oferowane przez nas produkty( w tym odczynniki, materiały kontrolne i zużywalne, sprzęt ) posiadają aktualne, obowiązujące w świetle przepisów certyfikaty**

**CE/deklaracje zgodności/ wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych i Podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do użycia, katalogi i foldery, i zobowiązujemy się do przedstawienia ich na każde żądanie Zamawiającego.**

**8. Akceptujemy termin płatności : 60 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego** przy czym należność z tytułu dzierżawy aparatów będzie dokonywana przez Zamawiającego za każdy miesiąc liczony z dołu.

**9. Zamierzamy powierzyć podwykonawcy następującą część zamówienia:..... \***  
**/nie zamierzamy powierzyć podwykonawcy żadnej części zamówienia.\***  
**\* niepotrzebne skreślić**

**10. Oferta została złożona na .....stronach, kolejno ponumerowanych od nr 01 do nr.....**

**11. 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**

**12. Oświadczamy, że wypełniamy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> 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).

**III. Termin dostawy:.....dni robocze/ych (podać zaoferowany termin dostawy).**

**Zamawiający wymaga dostawy w ciągu maksymalnie 7 dni roboczych, minimalnie 5 dni robocze.**

**Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorstwem**

- ☐ TAK  
☐ NIE

**VI. Załącznikami do niniejszej oferty są:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

.....  
(miejscowość i data )

.....  
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)