## NZ/46/D/P/LW/2021

## FORMULARZ OFERTOWY

**Szpital Powiatowy w Limanowej   
Imienia Miłosierdzia Bożego**

**ul. Piłsudskiego 61  
34-600 Limanowa**

**UWAGA:** Wypełnia w całości (we wszystkich pozycjach wykropkowanych) i podpisuje Wykonawca. Obowiązkowe jest podpisanie każdej strony formularza. Jeśli w danej pozycji informacja jest „negatywna” należy wypełnić tę pozycję poprzez zapis: nie ma, nie posiada, nie dotyczy lub kreska /-/

**NAZWA WYKONAWCY:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ADRES (siedziba) WYKONAWCY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**powiat:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**województwo:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KRS/EDG/CEIDG:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **fax:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ strona internetowa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oświadczamy, że jesteśmy:** (zaznaczyć właściwe)

**mikroprzedsiębiorstwem**  **[ ] Tak [ ] Nie**

**małym przedsiębiorstwem [ ] Tak [ ] Nie**

**średnim przedsiębiorstwem** **[ ] Tak [ ] Nie**

**jednoosobową działalnością gospodarczą [ ] Tak [ ] Nie**

**osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej [ ] Tak [ ] Nie**

**inny rodzaj ( w tym duże przedsiębiorstwa) [ ] Tak [ ] Nie**

*Uwaga:*

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

**Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami? (Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki joint venture lub podobnego podmiotu)**

**[ ] Tak [ ] Nie**

**Jeżeli tak:**

1) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Uwaga:*** *w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców oświadczenia składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.*

**Osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy, o ile istnieją:**

**Imię i nazwisko:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stanowisko/Działający(-a) jako**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adres pocztowy**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tel:faks** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adres e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Przedkładamy ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji** **na: Dostawy artykułów medycznych ujęte w 2 zadaniach asortymentowych dla Szpitala Powiatowego w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego.**

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z załącznikami w tym   
z projektem umowy, nie wnosimy do niej zastrzeżeń i w przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy uwzględniającej warunki zamawiającego oraz przystąpienia do zgodnej z nimi realizacji zamówienia.

Jednocześnie oświadczamy, że uznajemy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w SWZ.

**Warunki oferowane przez naszą firmę – istotne dla realizacji w/w zamówienia, są następujące:**

##### CENA

**Zadanie 1 Zestawy do transplantacji chrząstki**

netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. podatek VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł.

**brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.** (słownie złotych: .......................................................................................................................................  )

**Okres niezmienności cen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(min. 12 miesięcy, max. 24 miesięcy od daty zawarcia umowy)**

**W przypadku nie podania przez Wykonawcę okresu niezmienności cen Zamawiający przyjmuje maksymalny okres niezmienności tj. 24 miesięcy od daty zawarcia umowy.**

**Zadanie 2 Biomateriał do uzupełniania ubytków kostnych**

netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. podatek VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł.

**brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.** (słownie złotych: .......................................................................................................................................  )

**Okres niezmienności cen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(min. 12 miesięcy, max. 24 miesięcy od daty zawarcia umowy)**

**W przypadku nie podania przez Wykonawcę okresu niezmienności cen Zamawiający przyjmuje maksymalny okres niezmienności tj. \_\_\_\_24\_\_\_ miesięcy od daty zawarcia umowy.**

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania danych osobowych przez Szpital w ramach niniejszego zamówienia. Oświadczam, że zostały przeze mnie wypełnione obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODOwobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.**

##### Podwykonawstwo (jeżeli dotyczy)

##### zakres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### dane podwykonawcy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane do umowy:** |  |  |
|  |  |  |
| Osoby które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy: | | |
| Osoba(y) odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy | | |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | Faks; e-mail Nr telefonu / e-mail |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Załącznikami do niniejszej oferty są:**

1. .......................................................................................................................................................................
2. ........................................................................................................................................................................
3. ........................................................................................................................................................................
4. ........................................................................................................................................................................
5. ........................................................................................................................................................................

**Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**