**Załącznik nr 1 do SWZ**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

Nazwa i siedziba Wykonawcy albo Imię i Nazwisko, adres zamieszkania i adres Wykonawcy

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

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

Nr telefonu …….............................................................

e-mail:............................................@..........................................

Regon: ............................. NIP: ...........................................

Województwo.............................................................. Powiat……........................................................................................

Internet: http://...........................................................

KRS: ……………………………………… (jeżeli dotyczy)

**Wykonawca jest: \***

* Mikroprzedsiębiorstwem [[1]](#footnote-1),
* Małym przedsiębiorstwem [[2]](#footnote-2),
* Średnim przedsiębiorstwem [[3]](#footnote-3),
* Jednoosobową działalnością gospodarczą,
* Osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* Innym rodzajem

**UWAGA \*zaznaczyć właściwe**

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ŁODZI, 91-425 ŁÓDŹ, UL. PÓŁNOCNA 42**

Nawiązując do ogłoszenia opublikowanego w Dzienniku Urzędowym Unii o przetargu nieograniczonym **pn.: Dostawa sprzętu i aparatury medycznej dla potrzeb Okulistyki – numer sprawy 26/D/25**:

1. Oferujemy sukcesywne dostawy **towaru** spełniającego wymagania określone w załączniku Formularz asortymentowo - cenowy - załącznik nr 2 do SWZ. Załącznik ten stanowi integralną część niniejszej oferty.
2. Okres gwarancji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres gwarancji: | Ilość punktów: | Zaznaczyć „X” |
| 24 miesiące | 0 pkt |  |
| 36 miesięcy | 20 pkt |  |

1. **Warunki płatności:** do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury i po zrealizowaniu zamówienia potwierdzonego przez upoważnionego pracownika Zamawiającego.

Należność będzie wpłacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy podany na fakturze, który jest zgodny:

* z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT \*
* z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością - w przypadku innych podatników \*

*\*niewłaściwe skreślić*

1. Zobowiązujemy wystawiać faktury zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa*.*
2. Email do składania zamówień na towar …………………………………………………………………………………..……………………………..

telefon do kontaktu w sprawie zamówień na towar …………………………………………….

1. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego okresu niezmienności cen przez okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem wzoru umowy.
2. W przypadku wystąpienia okoliczności niezależnych od Wykonawcy, skutkujących zwłoką w dostarczeniu zamówionej partii towaru, Wykonawca zobowiązuje się każdorazowo informować za pośrednictwem poczty elektronicznej Zamawiającego o niedostarczeniu zamówionego towaru przed terminem realizacji zamówienia

e-mail: [**apteka@zozmswlodz.pl**](mailto:apteka@zozmswlodz.pl)

1. Potwierdzamy spełnienie wymaganej przez Zamawiającego realizacji dostaw w terminie i ilościach każdorazowo wskazanych w zamówieniu.
2. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego warunku, iż w okresie obowiązywania umowy dodatkowe rabaty oraz promocje producenckie skutkujące obniżeniem cen towarów, stanowiących przedmiot umowy, w odniesieniu do cen zaproponowanych w ofercie będą honorowane przez Zamawiającego, jeśli będą zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Potwierdzamy spełnianie wymaganego warunku, aby dostarczony towar miał, co najmniej roczny okres ważności od dnia dostawy do SP ZOZ MSWiA w Łodzi.
4. Przystępując jako Wykonawca do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawę sprzętu i aparatury medycznej dla potrzeb Okulistyki.**
5. niniejszym oświadczamy, że oferowane przez nas towary i sprzęt spełniają wszystkie wymagane warunki określone w załączniku 2 do SWZ oraz w ewentualnych modyfikacjach, dopuszczeniach.
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, wyjaśnieniami, zmianami SWZ oraz z załączonymi Projektowanymi postanowieniami umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostaną wprowadzone do treści tej umowy (Wzór umowy) i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
7. Oświadczamy, że Projektowane postanowienia umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostaną wprowadzone do treści tej umowy (Wzór umowy), stanowiące załącznik Nr 4 do specyfikacji, zostały przez nas zaakceptowane w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.
8. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
9. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte w pliku pod nazwą ………………………… stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnodostępne. Jednocześnie wykazujemy, przedkładając w pliku pn. ………………… dokumenty, potwierdzające, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
10. Niniejszym, zgodnie z art. 225 ust. 1 i 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, informujemy, że dostawa towaru, oferowana w ramach przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

**prowadzi\* / nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku

podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług. *\* niepotrzebne skreślić*

Dostawa niżej wymienionych towarów, oferowanych w ramach niniejszego postępowania przetargowego prowadzi w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego: \*

- ......................................................................................................................................................

- ......................................................................................................................................................

- ......................................................................................................................................................

*\* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru, wskazać ich wartość bez kwoty podatku oraz stawkę podatku VAT).*

*\*\*W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.*

1. Dostawy wykonamy **sami / przy udziale podwykonawcy**\*. Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia na dostawę:\*\* ......................................................................................................................

Nazwy podwykonawców, jeżeli są już znani: ………………………………………………………………………………………………

\**niepotrzebne skreślić.*

\*\* *W przypadku niewpisania części zamówienia, którą zrealizuje Podwykonawca, Zamawiający przyjmuje, że Wykonawca wykona zamówienie sam*

1. Zamówienie zrealizujemy (odpowiednie wypełnić):

a) **sami** …………………………………………………………………………………………………………………………………….…

b) **w konsorcjum z**:

- ……………………………………………………………………………………………………….………………………………………..

1. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako **konsorcjum**). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

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

1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO**

Oświadczam, że wypełniłem 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 – **DOTYCZY / NIE DOTYCZY**\*

1) 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).

\* 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 –należy niepotrzebne skreślić.

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

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

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

1. (Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR) [↑](#footnote-ref-1)
2. (Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR) [↑](#footnote-ref-2)
3. 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** [↑](#footnote-ref-3)