

FORMULARZ OFERTY

Szpital św. Anny w Miechowie

ul. Szpitalna 3

32-200 Miechów

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego nr **14/PN/2024 Dostawa sprzętu i materiałów medycznych jednorazowego użytku do magazynu apteki Szpitala św. Anny w Miechowie.**

my niżej podpisani: Magdalena Babula

działając w imieniu i na rzecz: **MEDICAVERA Sp z o o Dahlhausen Group**

ul. Majowa 2 71-374 Szczecin

REGON 321474130 NIP 852-260-60-88

Osoba do kontaktu z Zamawiającym Magdalena Babula

Tel. 91 421 00 32 fax 91 421 14 96.

Strona internetowa www.medicavera.pl e-mail przetarg@medicavera.pl

Numer KRS (jeśli dotyczy) 0000502765

NR BDO 000 12 73 94

*(nazwa (firma) **dokładny adres** Wykonawcy/Wykonawców) **NIP, REGON**; w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę).*

1. **Składamy ofertę** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.
2. **Oświadczamy**, że zgodnie z załączonym pełnomocnictwem Pełnomocnikiem do reprezentowania nas w postępowaniu lub reprezentowania nas w postępowaniu i zawarcia umowy jest:

(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę lub wykonawcy, którzy w powyższym zakresie ustanowili pełnomocnika)

3. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
4. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z Rozdziałem II SWZ „Ochrona danych osobowych”.
5. **Oświadczamy**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
6. **Zobowiązujemy się** do realizacji umowy w terminie określonym w SWZ.
7. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:**
 - 1) **grupa nr 25** za kwotę w wysokości: 25410,00 złotych netto (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy czterysta dziesięć 00/100 złotych netto), co stanowi 27 442,80 złotych brutto (słownie: dwadzieścia siedem tysięcy czterysta czterdzieści dwa 80/100 złotych brutto), obliczoną na podstawie załącznika asortymentowo-cenowego stanowiącego Załącznik nr 5 do SWZ, który jest integralną częścią Formularza Oferty.

Termin płatności **60** dni od daty dostarczenia faktury VAT.

8. **Uważamy się** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

9. **Wnieśliśmy wadium** w wysokości _____ zł, w formie _____ W przypadku zaistnienia jednej z przesłanek określonych w art. 98 ustawy Pzp, wadium wniesione w formie pieniądza należy zwrócić na rachunek o numerze: _____ prowadzonym w banku _____.

10. **Zamówienie zrealizujemy sami/ przy udziale Podwykonawców*.**

Podwykonawcom zamierzamy powierzyć do wykonania następujące zakresy zamówienia:

(opis zamówienia zlecanego podwykonawcy)

Podwykonawcą będzie firma

(należy wpisać nazwę i dane adresowe podmiotu).

11. Oświadczam, iż jestem (należy zaznaczyć znakiem X):

mikroprzedsiębiorstwem	
małym przedsiębiorstwem	X
średnim przedsiębiorstwem	
jednoosobową działalnością gospodarczą	
osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej	
inny rodzaj.....(jaki)	

12. Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego UE? ~~Tak~~/Nie*

13. Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem UE? ~~Tak~~/Nie *

14. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Istotnymi Postanowieniami Umowy stanowiącymi Załącznik nr 7 do Specyfikacji Warunków Zamówienia. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

15. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

Imię i nazwisko Magdalena Babula

Telefon: 91 421 00 32

Faks: 91 421 14 96 Adres e-mail: przetarg@medicavera.pl

16. Do oferty załączamy następujące oświadczenia i dokumenty:

podpis elektroniczny osoby (osób) upoważnionej

do składania oświadczeń woli

* - nieodpowiednie skreślić