**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie   
art. 275 pkt. 1 ustawy Pzp na d**ostawę sprzętu fizjoterapeutycznego do Centrum Rehabilitacji.**

1. **Dane Wykonawcy**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy | ………..………………………………....……………………….…..  Reprezentowany w postępowaniu przez: …………………..…….… tel. ……………………….. email ………………………………….. |
| wpisany do: | * Rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ………………..…… pod nr KRS ……………………………………………….   miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego: ………….............................. lub   * Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ................................................... miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego: …………… |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres: |  |
| Województwo: |  |
| Telefon: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Osoba do kontaktów:  e-mail, telefon |  |
| Wykonawca jest  *(należy zaznaczyć)* | * mikroprzedsiębiorstwem, * małym przedsiębiorstwem, * średnim przedsiębiorstwem, * jednoosobową działalnością gospodarczą, * osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, * innym rodzajem3 |

*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie należy wpisać dane wszystkich Wykonawców.*

1. **OFERTA WYKONAWCY**

Ja/my niżej podpisana(-ni) ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego   
w postepowaniu na **dostawę sprzętu fizjoterapeutycznego do Centrum Rehabilitacji,** oznaczenie sprawy: **SZPZLO/Z-28/2023,** oferuję realizację zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz zgodnie z zasadami i warunkami określonymi w SWZ za cenę:

* + - 1. **w części 1 – Dostawa sprzętu do fizykoterapii:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ....................................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ..................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją (Ofertą techniczną):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie* | *Liczba szt.* | *Cena jednostkowa  netto (zł)* | *Wartość netto (2 x 3)* | *Stawka  podatku VAT (%)* | *Kwota podatku VAT* | *Wartość brutto (4+6)* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Aparat Combi 4-kanałowy (elektroterapia, magnetoterapia, laseroterapia, terapii ultradźwiękowej): producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 2 |  |  |  |  |  |
| 2 | Aparat Combi 4-kanałowy (elektroterapia, laseroterapia, ultradźwięki): producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | Aparat do diatermii: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 4 | Aparat do fali uderzeniowej: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 5 | Aparat do terapii radiofalowej: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 6 | Elektrosymulator mięśni: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 7 | Aparat do kioterapii: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 8 | Lampa statywowa do naswietlania: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 9 | Laser wysokoenergetyczny: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 10 | Mieszalnik masy fango: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** | **x** | **x** |  | **x** |  |  |

Na oferowany sprzęt udzielam gwarancji na **okres ………. miesięcy** (minimum 24 miesiące) /*gwarancja stanowi kryterium oceny ofert/.*

* + - 1. **w części 2 – Dostawa sprzętu do rehabilitacji:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: ...............................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ................................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją (Ofertą techniczną):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie* | *Liczba szt.* | *Cena jednostkowa  netto (zł)* | *Wartość netto (2 x 3)* | *Stawka  podatku VAT (%)* | *Kwota podatku VAT* | *Wartość brutto (4+6)* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Bieżnia rehabilitacyjna: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 2 | Gryf olimpijski z zestawem talerzy: producent, kraj pochodzenia, typ/model, ………………………..……………..… …………………..… | 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | Ławka treningowa: producent, kraj pochodzenia, typ/model, ………………………..……………..… …………………..… | 2 |  |  |  |  |  |
| 4 | Zestaw odważników: producent, kraj pochodzenia, typ/model, ………………………..……………..… …………………..… | 2 |  |  |  |  |  |
| 5 | Ergometr rowerowy: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 6 | Stacjonarny, poziomy rower rehabilitacyjny: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 7 | Uniwersalny Gabinet Usprawniania: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 8 | Wieszak na maty treningowe: producent, kraj pochodzenia, typ/model: ………………………..……………..… …………………..… | 2 |  |  |  |  |  |
| 9 | Klatka treningowa: producent, kraj pochodzenia, typ/model: ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** | **x** | **x** |  | **x** |  |  |

Na oferowany sprzęt udzielam gwarancji na **okres ………. miesięcy** (minimum 24 miesiące) /*gwarancja stanowi kryterium oceny ofert/.*

* + - 1. **w części 3 - Dostawa mebli medycznych:**

wartość netto wynosi: .................................. zł, (słownie: .........................................)

Stawka VAT: ……………… %

wartość brutto wynosi: ................................ zł, (słownie: ..........................................),

zgodnie z poniższą kalkulacją (Ofertą techniczną):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Urządzenie* | *Liczba szt.* | *Cena jednostkowa  netto (zł)* | *Wartość netto (2 x 3)* | *Stawka  podatku VAT (%)* | *Kwota podatku VAT* | *Wartość brutto (4+6)* |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Krzesło do hydroterapii: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 2 |  |  |  |  |  |
| 2 | Leżanka lekarska: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 7 |  |  |  |  |  |
| 3 | Taboret / krzesło z oparciem: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 2 |  |  |  |  |  |
| 4 | Taboret / krzesło bez oparcia: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 2 |  |  |  |  |  |
| 5 | Stół rehabilitacyjny pięcio-sekcyjny: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
| 6 | Stół rehabilitacyjny dwu-sekcyjny: producent, kraj pochodzenia, typ/model, klasa wyrobu medycznego ………………………..……………..… …………………..… | 1 |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** | **x** | **x** |  | **x** |  |  |

Na oferowany sprzęt udzielam gwarancji na **okres ………. miesięcy** (minimum 24 miesiące) /*gwarancja stanowi kryterium oceny ofert/.*

**III. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

* + - 1. Zapoznaliśmy się z treścią SWZ, a w szczególności z opisem przedmiotu zamówienia   
         i z projektowanymi postanowieniami umowy i oświadczam(-y), że wykonamy zamówienie   
         na warunkach i zasadach określonych tam przez Zamawiającego. Wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w SWZ.
      2. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
      3. Sytuacja finansowa naszej firmy pozwala na realizację zamówienia na warunkach określonych w SWZ.
      4. Przedmiot zamówienia zostanie wykonany w terminie określonym w SWZ.
      5. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia, zgodnie   
         z określonymi przez Zamawiającego wymaganiami oraz przepisami dotyczącymi przedmiotu zamówienia.
      6. Oświadczam(-y), że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
      7. Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z warunkami zawartymi w projektowanych postanowieniach umowy, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy   
         i akceptuję (-emy) je w całości. W razie wybrania mojej (naszej) oferty zobowiązuję   
         (-jemy) się do podpisania umowy na warunkach zawartych w projektowanych postanowieniach umowy, stanowiących **Załącznik** nr 4 do SWZ oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
      8. Zgodnie z treścią art. 225 ust. 2 ustawy PZP informuję, że wybór naszej oferty:

1. nie będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług\*/
2. będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w następującym zakresie\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (rodzaj) towaru lub usługa których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego | Wartość bez kwoty podatku |
|  |  |  |

* + - 1. Informuję(-jemy), że **zamierzamy\* / nie zamierzamy\*** powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom, jeżeli TAK, należy wypełnić poniższą tabelę;

Wykaz części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Powierzona część zamówienia | Wartość lub procentowa część powierzonej części zamówienia | Nazwa podwykonawcy |
|  |  |  |  |

* + - 1. Oświadczam(-y), że oferta **nie zawiera / zawiera** (*właściwe podkreślić*) informacji(-e) stanowiących(-e) tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje zawarte na stronach ………… stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane przez Zamawiającego. \*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa dokumentu (pliku) utajnionego | Uzasadnienie faktyczne  i prawne | Dokument (plik) potwierdzający przyczynę i ważność utajnienia /dokument załączyć do oświadczenia/ |
| 1. |  |  |  |

* + - 1. Nie oferujemy rozwiązań równoważnych / oferujemy rozwiązania równoważne, wyszczególnione poniżej \*

a) wymagane w SWZ ............................... oferowane ..........................................................

b) wymagane w SWZ ............................... oferowane …………………………………...

Na potwierdzenie równowążności do oferty, jako załączniki stanowiące przedmiotowe środki załączam dokumenty potwierdzające powyższe.

* + - 1. Oświadczam(-y), że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
      2. Oświadczam (-y), że jestem (-śmy) zarejestrowanym czynnym / zwolnionym\* podatnikiem podatku VAT.
      3. Świadoma(-i) odpowiedzialności karnej oświadczam(-y), że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia niniejszej oferty (art. 297 k.k.).
      4. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym: …………...……………………….

tel. ........................................................................, e-mail: …………………………………

* + - 1. Załącznikami do oferty są:

1. ………………………………………
2. ............................................................

*Podpis osoby / osób umocowanych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

*UWAGA:*

1. *Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf.*
2. *Formularz oferty musi być opatrzony, przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód) i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę (w przypadku podpisu przez osobę inną niż wynikający z KRS).*
3. *Zamawiający definiuje mikro, małego i średniego przedsiębiorcę zgodnie z art. 7 ustawy  
   z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (tj. Dz U. 2021 POZ. 162 ze zm.).*

*1) mikroprzedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro,*

*2) mały przedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą,*

*3) średni przedsiębiorca – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:*

*a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz*

*b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro*

*– i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.*

**Załącznik nr 3 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy Pzp na d**ostawę sprzętu fizjoterapeutycznego do Centrum Rehabilitacji** w imieniu: ……………………………………………..……………..…………. .......................................................................................................................................................

(*pełna nazwa/firma Wykonawcy, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

1. **w zakresie: braku podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w rozdziale XII SWZ**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy PZP oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy PZP.[[2]](#footnote-2)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia   
z postępowania na podstawie art. ………………………… ustawy PZP1

*(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia – wypełnić, jeśli dotyczy)*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ………………...…………

1. **w zakresie dotyczącym przesłanek wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego określonych w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego** **(dalej: „ustawa UOBN”)**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy UOBN1.

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………..… ustawy UOBN1 *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia – wypełnić, jeśli dotyczy).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*Podpis osoby / osób umocowanych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

*UWAGA:*

1. *Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf.*
2. *Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód).*
3. *Zgodnie z art. 273 ust. 2 ustawy Pzp, oświadczenie to wykonawca dołącza do oferty w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu.*

1. 2 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).

   \* niepotrzebne skreślić

   \*\* 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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 *Podkreślić, zaznaczyć właściwe oświadczenie* [↑](#footnote-ref-2)