**Załącznik nr 1 do zapytania cenowego**

**(Załącznik nr 1 do Umowy)**

**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, faksu .............................................................................................................................................

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

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

Internet: http://.................................................................. e-mail:...........................@.....................................

**BDO ………………………………………..**

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO NR 2 UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI   
90-549 ŁÓDŹ, UL. ŻEROMSKIEGO 113**

Nawiązując do zapytania cenowego **na dostawy testów Combo ( 4 w 1 ) – numer sprawy 158/PP/ZP/D/2024,** zgodnie z załącznikami stanowiącymi integralną część zapytania cenowego.

1. Oferujemy **dostarczenie fabrycznie nowego przedmiotu zamówienia** zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym - załącznik nr 1 a , stanowiącymi integralną część Formularza Oferty.
2. Oświadczamy, że dostawa towaru odbędzie się **w terminie do 3 dni** od złożenia zamówienia od dnia podpisania umowy.
3. Proponowany termin płatności: …………. **dni (minimum 45 dni/maksimum 60 dni)** od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury, na warunkach i zgodnie z postanowieniami wzoru umowy.
4. Zobowiązujemy się umieszczać **na każdej fakturze PRAWIDŁOWĄ nazwę Zamawiającego**, która brzmi: *Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*, lub skróconą, która brzmi: *Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.*
5. 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. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z załączonym wzorem umowy, a także ewentualnymi modyfikacjami, dopuszczeniami, i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że wzór umowy, stanowiący załącznik Nr 2 do zapytania ofertowego został przez nas zaakceptowany w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.
3. Faktury, duplikaty faktur oraz ich korekty, a także noty obciążeniowe i noty korygujące w formacie pliku elektronicznego PDF będziemy przesyłać na adres poczty e-mail Zamawiającego: [apteka.szpitalna@skwam.lodz.pl](mailto:apteka.szpitalna@skwam.lodz.pl)

z następujących adresów poczty e-mail\* :

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

*\* W przypadku nie wpisania adresu e-mail Zamawiający przyjmuje, ze faktura zostanie dostarczona do Zamawiającego w wersji papierowej*

1. Zobowiązujemy się do bieżącego aktualizowania, w tym dostosowywania do aktualnie obowiązujących przepisów prawa i norm, deklaracji zgodności dostarczanych towarów i przedkładania zaktualizowanych deklaracji w terminie 7 dni od daty zaistnienia okoliczności uzasadniających aktualizację. Zobowiązujemy się również do przedłożenia Zamawiającemu deklaracji zgodności dostarczanych towarów, w odniesieniu do których obowiązek ich posiadania powstał w trakcie realizacji niniejszej umowy, w terminie 14 dni od daty wejścia w życie obowiązku posiadania deklaracji
2. W przypadku wystąpienia niezależnych od Wykonawcy okoliczności skutkujących zwłoką w dostarczeniu zamówionej partii towaru, Wykonawca zobowiązuje się każdorazowo informować faksem Zamawiającego o niedostarczeniu zamówionego towaru przed terminem realizacji zamówienia pod:

* nr faksu: 42 63 93 483 **lub na adres email:** [**apteka.szpitalna@skwam.lodz.pl**](mailto:apteka.szpitalna@skwam.lodz.pl)

1. Wszelkie nieprawidłowości, z którymi wiąże się liczenie terminów reakcji Wykonawcy należy zgłaszać na nr tel. …………………………………….. /fax: ...........................................
2. Potwierdzamy spełnienie wymaganej przez Zamawiającego realizacji dostaw w terminie i ilościach każdorazowo wskazanych w zamówieniu.
3. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego okresu niezmienności cen przez okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem Projektowanych postanowień umowy
4. 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.
5. Potwierdzamy spełnianie wymaganego warunku, aby dostarczony przedmiot zamówienia miał, co najmniej **12– miesięczny termin przydatności do użycia** – licząc od dnia dostawy towaru do Zamawiającego.
6. Przystępując jako Wykonawca do udziału w niniejszym oświadczamy, że wszystkie oferowane przez nas towary, zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym (załącznik nr 1 a ) posiadają aktualne dopuszczenia do obrotu na rynek polski zgodnie z ustawą z dnia 07 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 974 – t.j. ze zm.) - dotyczy wyrobów medycznych, oraz, że ponosimy pełną odpowiedzialność za wszelkie ewentualne szkody powstałe u Zamawiającego lub osób trzecich w związku z zastosowaniem dostarczonego przez nas towaru nie spełniającego przedmiotowych wymogów
7. Niniejszym informujemy, że wykonanie dostawy, oferowanej w ramach ww. postępowania   
   **prowadzi\*/ nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług. Niżej wymienione towary lub świadczenie usługi, oferowane w ramach niniejszego postępowania przetargowego prowadzą   
   w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

........................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................

*\* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi oraz wskazać ich wartość bez kwoty podatku).*

*\*\*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. Dostawę wykonamy **sami / przy udziale podwykonawcy**\*. Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia na usługę: …........................................................................................................................................................

\**niepotrzebne skreślić. W przypadku nie skreślenia żadnej z opcji, Zamawiający przyjmie, iż Wykonawca wykona zamówienie sam, bez udziału podwykonawcy*

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

*W przypadku nie skreślenia żadnej z opcji, Zamawiający przyjmie, iż powyższe oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy*

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

(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

1. ………………………………………………

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

Data Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy