**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

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

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

*............................................................................*

*............................................................................*

*(numer telefonu/faxu, adres poczty elektronicznej)*

**reprezentowany przez:**

………………………………………………………

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

***osoba do kontaktu:***

*............................................................................*

***adres mailowy:***

*……………………………………………………*

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie podejmujemy się zrealizowania zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SIWZ.

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia/zamówienie publiczne pn.: |
| **Dostawa rękawic ochronnych** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr załącznika do SIWZ** | **OFERTA WYKONAWCY** |
| **Kwota [cena] netto****Zł** | **Kwota podatku VAT****zł** | **Kwota [cena] brutto****zł** | **Termin płatności****[30 dni lub****45 dni lub****60 dni]** | **Termin dostawy****[do 4 dni** **lub** **od 5 do 7 dni** **lub****od 8 do 10 dni****- dni roboczych]** |
| Załączniknr 1.1 |  |  |  |  |  |

**Informacja Wykonawcy dotycząca adresu skrzynki ePUAP, na którym prowadzona będzie korespondencja związana z niniejszym postępowaniem (\*\*):** ………………………………………………………..

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy** – od dnia zawarcia umowy do dnia 30.06.2021r.

**Jednocześnie Wykonawca, którego reprezentuje:**

1) Oświadcza, że zapoznał się z warunkami określonymi w treści SIWZ oraz jej załączników i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje warunki w nich zawarte w całości.

2) Oświadcza, że zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosi do niego zastrzeżeń.

3) Oświadcza, że ujął w złożonej ofercie wszystkie elementy i koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia. Cena ryczałtowa brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

4) Oświadcza, że związany jest niniejszą ofertą przez 60 dni, licząc od dnia otwarcia ofert.

5) Akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone w następujący sposób:

*Zapłata wynagrodzenia należnego Wykonawcy za realizację dostawy częściowej nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy. Zamawiający dokona zapłaty wynagrodzenia, w terminie …….. dni (ilość dni zgodna z deklaracją Wykonawcy z Formularza ofertowego) od dnia otrzymania faktury od Wykonawcy.*

6) Zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7) Oświadcza, że **JEST / NIE JEST** (\*\*\*) mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorcą.

8) Oświadcza, że przedmiot zamówienia zamierza zrealizować **SIŁAMI WŁASNYMI / PRZY UDZIALE** (\*\*\*\*) podwykonawców.

**Dane do umowy (\*\*\*\*\*)**

|  |
| --- |
| **Osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:** |
| Imię i nazwisko | Stanowisko |
|  |  |
| **Osoba/y odpowiedzialna/e za realizację umowy ze strony Wykonawcy:** |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | Nr telefonu/ e-mail |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą:** |
| Nazwa i adres banku | Nr rachunku |
|  |  |

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

 *(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)*

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

*(\*) Należy uzupełnić.*

*Cenę za wykonanie danego pakietu, po wypełnieniu Formularza cenowego (załącznik nr 1.1 do SIWZ), który stanowi załącznik do niniejszego formularza.*

*Termin płatności jaki oferuje Wykonawca. Jeżeli Wykonawca nie uzupełni terminu płatności Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował 30 dniowy termin płatności.*

*Termin dostawy zamówienia cząstkowego* *jaki oferuje Wykonawca. Jeżeli Wykonawca nie uzupełni terminu dostawy Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował termin dostawy w przedziale od 8 do 10 dnia roboczego, licząc od dnia złożenia zamówienia cząstkowego.*

*(\*\*) Należy uzupełnić zgodnie z zapisem sekcji VII SIWZ.*

*(\*\*\*) Niepotrzebne skreślić.*

*(\*\*\*\*) Niepotrzebne skreślić.*

*(\*\*\*\*\*) Należy uzupełnić.*