|  |
| --- |
| **Formularz Oferty** |
| Dane Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:  Nazwa (firma)\*: ............................................................................................................................................  Adres: ............................................................................................................................................  Województwo: ..........................................................................................................................................  KRS / CIDG .............................................................................................................................................  REGON: ............................................................................................................................................  NIP: ............................................................................................................................................  Tel: ............................................................................................................................................  Adres e-mail: ............................................................................................................................................. |

**Załącznik nr 1 do SWZ**

**Do: Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn**

Nawiązując do ogłoszenia w trybie podstawowym bez negocjacji pn.: **„Pogwarancyjna opieka serwisowa aparatu rezonans magnetyczny MAGNETOM sola”**, znak sprawy: **ZPZ-12/03/25**, ja/my niżej podpisana/y/-podpisani:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu i na rzecz ww. Wykonawcy /Wykonawców

1. Składam ofertę na wykonanie zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia na następujących warunkach:

Cena netto:……………………….PLN,

Cena brutto:………………………PLN.

w tym:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia | **Cena netto usług** serwisowych **za 1 miesiąc** | **Stawka** podatku VAT **(%)** | **Cena brutto usług** serwisowych **za 1 miesiąc** | **Wartość netto** za **cały okres** obowiązywania umowy | **Wartość brutto** za **cały okres** obowiązywania umowy |
| Aparat- MAGNETOM Sola  Nr seryjny: 183698 |  |  |  |  |  |

1. **Oświadczenia Wykonawcy:**
2. **Oświadczam, że** dysponuję: min. **dwoma** pracownikami posiadających certyfikat szkoleniowy producenta lub autoryzowanego przez producenta ośrodka szkoleniowego w zakresie serwisu aparatu rezonans magnetyczny, którzy będą realizowali usługi będące przedmiotem zamówienia, tj.: wykonywanie przeglądów, napraw, czynności konserwacyjnych, aktualizacji - TAK / NIE \*\*,

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „Tak”, należy wypełnić tabelę poniżej.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię, nazwisko osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia | Termin ważności szkolenia  *(wskazać*) | Instytucja wystawiająca certyfikat  *(wskazać*) | Przedmiot szkolenia ( model urządzenia)  *należy wskazać* | Pracownik posiada dostęp do legalnych kodów serwisowych potwierdzony umową licencyjną lub oświadczeniem producenta  (*wskazać*: **TAK/NIE**) |
| 1. |  | od…….do…. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Oświadczam, że**:

□ **jestem/-jesteśmy autoryzowanym** **serwisantem** producenta urządzeń medycznych, których

obsługa serwisowa stanowi przedmiot umowy. Załączamy do oferty dokument potwierdzający

powyższe.

□ nie jestem/-jesteśmy autoryzowanym serwisantem producenta urządzeń medycznych, których

obsługa serwisowa stanowi przedmiot umowy. Posiadamy instrukcje serwisowe, procedury i instrukcje wykonywania czynności serwisowych, kopię ważnej licencji na klucze serwisowe i kody oprogramowania serwisowego, które dołączymy w terminie 5 dni roboczych od dnia zawarcia umowy.

1. oferuję termin wykonania naprawy wynoszący ……….**dni roboczych** od daty zgłoszenia awarii,

*wskazać liczbę*

1. zamówienie zrealizuję/zrealizujemy z wykorzystaniem zainstalowanego na aparacie systemu zdalnej diagnostyki - TAK / NIE \*\*.

3. Zamówienie zrealizujemy sami / przy udziale następujących podwykonawców \*\*:

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

*podać firmę ( nazwę) Podwykonawcy oraz część zamówienia (zakres prac , którą Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom)*

**POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**

1. Oświadczam/-y, że zapoznałem/-am/zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnoszę/wnosimy do niej zastrzeżeń oraz dysponuję/-my wszystkimi koniecznymi informacjami do przygotowania oferty.
2. Oświadczam/-y, że zapoznałem/-am/zapoznaliśmy się ze wzorem umowy i zobowiązuję/-my się, w przypadku wyboru naszej Oferty, do zawarcia umowy, na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Akceptuję/-my termin płatności do **60**  dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.

7. Informuję/-my, iż wybór naszej oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, o którym mowa w ustawie z dnia 11.03.2004r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz.U. 2024r., poz.361.)*.*

TAK / NIE \*\* .

Jeżeli „Tak” należy podać nazwę (rodzaj) towaru/usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego zastosowania, ich wartość bez kwoty podatku oraz kwoty podatku od towarów i usług która powinna być doliczona do ceny złożonej oferty, o ile nie wynika to z jej treści.:

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

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

1. Oświadczam, iż za wyjątkiem …………………………………niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
2. Oświadczam, iż jesteśmy mikro/małym/średnim/jednoosobową działalnością gospodarczą/osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej/ inny rodzaj\*\*.

*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, oświadczenie powielić i złożyć dla każdego Wykonawcy osobno.*

1. W sprawach związanych z niniejszym postępowaniem osobą do kontaktu jest:

Imię i nazwisko …………………………………………..

Tel., e-mail: ………………………………………………

Oświadczam, że wypełniam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 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\*\*\*.

1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

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

……………………, dnia …………………..

……………………………………

*(podpis osoby upoważnionej)*

**U W A G A !**

*\* Ww. pozycji Wykonawcy występujący wspólnie (np. konsorcjum, spółka cywilna) wpisują dane wszystkich Wykonawców występujących wspólnie, natomiast w pozostałych pozycjach należy wpisać tylko dane Pełnomocnika występującego w imieniu uczestników występujących wspólnie.*

*\*\* 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 treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

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 95/46WE (ogólne rozporządzenia o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*  [↑](#footnote-ref-1)