**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 SWZ.

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia/zamówienie publiczne pn.: |
| **Dostawy produktów farmaceutycznych i tlenu medycznego** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr pakietu** | **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 zamówienia cząstkowego***[do 24 godzin lub**powyżej 24 do 48 godzin lub**powyżej 48 do 72 godzin]* |
| **Pakiet I – Leki****Załącznik nr 1.1 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet II – Leki****Załącznik nr 1.2 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet III – Leki****Załącznik nr 1.3 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet IV – Leki****Załącznik nr 1.4 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet V – Leki****Załącznik nr 1.5 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet VI – Leki****Załącznik nr 1.6 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet VII – Leki****Załącznik nr 1.7 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet VIII – Leki****Załącznik nr 1.8 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet IX – Leki****Załącznik nr 1.9 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet X – Leki****Załącznik nr 1.10 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XI – Leki****Załącznik nr 1.11 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XII – Leki****Załącznik nr 1.12 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XIII – Leki****Załącznik nr 1.13 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XIV – Leki****Załącznik nr 1.14 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XV – Płyny infuzyjne****Załącznik nr 1.15 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XVI – Płyny infuzyjne****Załącznik nr 1.16 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XVII – Opatrunki****Załącznik nr 1.17 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XVIII – Pieluchomajtki****Załącznik nr 1.18 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XIX – Rękawice do ciała****Załącznik nr 1.19 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XX – Dezynfekcja****Załącznik nr 1.20 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XXI – Dezynfekcja** **Załącznik nr 1.21 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XXII – Dezynfekcja****Załącznik nr 1.22 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |
| **Pakiet XXIII – Tlen medyczny****Załącznik nr 1.23 do SWZ** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |  |
| *słownie:* |  |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy:** 12 miesięcy, jednak nie wcześniej niż od dnia 01.07.2022r.

**Jednocześnie Wykonawca, którego reprezentuje:**

1) Oświadcza, że zapoznał się z warunkami określonymi w treści SWZ 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 brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

4) Oświadcza, że związany jest niniejszą ofertą do dnia wskazanego przez Zamawiającego w SWZ.

5) Akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone zapisami paragrafu 4 wzorów umów – załączników nr: 4 – 6 do SWZ.

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, iż: (\*\*)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | jest mikro przedsiębiorcą |
|  | jest małym przedsiębiorcą |
|  | jest średnim przedsiębiorcą |
|  | prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą |
|  | jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej |
|  | inny rodzaj, jaki ............ |

***Uwaga!***

*Porównaj zalecenie Komisji z 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U.L.124 z 20.05.2003, s.36) Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych. Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR. Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami, i które zatrudniają mniej niż 250 osób, i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

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

*Jeżeli Wykonawca zamierza zrealizować przedmiot zamówienia przy udziale podwykonawców wypełnia kolumnę 1 tabeli oraz – o ile jest znane Wykonawcy – wypełnia kolumnę 2 tabeli wskazując nazwy podwykonawców.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Części zamówienia,**których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom**[kolumna 1]* | *Nazwy ewentualnych podwykonawców,* *jeżeli są już znani**[kolumna 2]* |
|  |  |
|  |  |

**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, zarejestrowany we właściwym dla Wykonawcy Urzędzie Skarbowym:** |
| Nazwa i adres banku | Nr rachunku |
|  |  |

Formularz niniejszy powinien być podpisany podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.

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

*(\*) Uzupełnić:*

*- cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - wypełnić po sporządzeniu Formularza/y cenowego/ych – załączniki nr 1.1 – 1.23 do SWZ.*

*- termin płatności - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin płatności 30 dni, lub 45 dni, lub 60 dni liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej dostawę.*

*Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pole) Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował 30 dniowy termin płatności.*

*- Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin realizacji dostawy poszczególnego zamówienia cząstkowego wynoszący do 24 godzin, lub powyżej 24 do 48 godzin, lub powyżej 48 do 72 godzin, licząc od godziny złożenia zamówienia cząstkowego przez Zamawiającego.*

*Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pole) Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował Wykonawca zaoferował 72 godzinny termin dostawy.*

*(\*\*) Właściwe zaznaczyć.*

*(\*\*\*) Niepotrzebne skreślić i ewentualnie uzupełnić.*

*(\*\*\*\*) Uzupełnić.*