***Załącznik nr 2***

***SWZ na dostawę zestawów udaroodpornych do ZK w Gębarzewie***

***nr sprawy: D/Kw.2232.4.2025***

# FORMULARZ CENOWY

**DOSTAWA ZESTAWÓW UDAROODPORNYCH**

**Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: ...........................................................................

Siedziba: ..........................................................................

Adres poczty elektronicznej: ................................................

Numer telefonu: ...................................... Numer faksu: ..................................................

Numer REGON: ........................................ Numer NIP: ....................................................

***Dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą:***

**Imię i nazwisko**: ………………………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania**: ………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………

**Nr dowodu osobistego:** …………………………….………..…, **PESEL:** ………………………….………...……….

**Dane dotyczące zamawiającego**

Zakład Karny w Gębarzewie

62-241 Żydowo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | | Ilość szacunkowa  szt. | Cena netto za 1 j.m. w zł (PLN) | Wartość netto w zł (PLN)  **2 x 3** | | Stawka podatku VAT (%) | | | Wartość brutto w zł (PLN)  **4 + 5** | |
| **L.p.** | **1** | **2** | **3** | **4** | | **5** | | | **6** | |
| 1. | ***Zestaw udaroodporny*** | 31 |  |  | |  | | |  | |
|  | | | | ……….………..  ***Wartość netto za całość***  ***zamówienia*** | |  | | ……………………  ***Wartość brutto za całość zamówienia*** | | |
|  | **Wartość brutto za całość zamówienia w zł (PLN) …......................................……………………………..…**  **Słownie:…………………………………………………………………………………………………………………** | | | | | | | | | |
| **TERMIN PŁATNOŚCI** | | | | |  | | **………….............. dni \***  **/ilość dni/** | | | |
| **\*UWAGA:**  **W przypadku braku wpisania w formularzu cenowym przez wykonawcę terminu płatności Zamawiający przyjmuje w celu oceny danej oferty minimalny termin płatności tj. 21 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | | |  |  |

*-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

***UWAGA! Należy przeczytać przed wypełnieniem w/w tabeli.***

*\* W kolumnie nr 5 należy wskazać powszechnie obowiązującą stawkę podatku VAT na dany artykuł, a nie kwotę podatku. W przypadku zwolnienia z podatku VAT w kolumnie nr 5 należy wpisać „zw”. Jeżeli Wykonawcę obowiązuje inna stawka podatku VAT niż powszechnie obowiązująca - załącza do oferty wyjaśnienie tego faktu.*

*\*\*Cenę należy obliczyć do dwóch miejsc po przecinku w ten sposób, że jeżeli trzecia cyfra po przecinku jest równa lub większa od 5 to zaokrągla się ją w górę, w przypadku cyfry mniejszej od 5 to pozostawia się ją bez zmian.*

*\*\*\*Wykonawca dokonuje wypełnienia wszystkich pustych miejsc w tabeli. Nie wypełnienie przez Wykonawcę jakiejkolwiek z pozycji w w/w tabeli, spowoduje odrzucenie oferty tego Wykonawcy przez Zamawiającego.*

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wyliczoną wartość zamówienia w **kol. nr 4 i 6** należy przenieść do Formularza Ofertowego (zał. nr 1 do SWZ).

***\* uzupełnić stosowną treścią***

*\*\** ***W przypadku oferty złożonej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia Zamawiający wymaga aby ofertę podpisał każdy z Wykonawców.***

Formularz ofertowy należy opatrzyć:

* + kwalifikowanym podpisem elektronicznym,
  + podpisem zaufanym,
  + lub elektronicznym podpisem osobistym.