Numer referencyjny postępowania:

**DZP/DAM/12/2025**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

# **Formularz oferty**

1. Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie Zamówienia prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r.– Prawo zamówień publicznych, na zadanie pod nazwą: ***Dostawa aparatury medycznej, sprzętu rehabilitacyjnego oraz mebli medycznych „1”,*** my niżej podpisani:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca 1 - nazwa** |  |
| *Nazwa Wykonawcy* |  |
| *Ulica* |  |
| *Kod pocztowy* |  |
| *Miasto* |  |
| *Województwo* |  |
| *Kraj* |  |
| *adres email (do kontaktów z Zamawiającym)* |  |
| *KRS* |  |
| *NIP* |  |
| *REGON* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca 2\* -nazwa** |  |
| *Nazwa Wykonawcy* |  |
| *Ulica* |  |
| *Kod pocztowy* |  |
| *Miasto* |  |
| *Województwo* |  |
| *Kraj* |  |
| *adres email (do kontaktów z Zamawiającym)* |  |
| *KRS* |  |
| *NIP* |  |
| *REGON* |  |

\* nie potrzebne skreślić lub powielić w przypadku większej liczby Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie Zamówienia

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełnomocnik \*\***do reprezentowania Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie Zamówienia (Lider Konsorcjum) |  |
| *Ulica* |  |
| *Kod pocztowy* |  |
| *Miasto* |  |
| *Województwo* |  |
| *Kraj* |  |
| *adres email (do kontaktów z Zamawiającym)* |  |
| *KRS* |  |
| *NIP* |  |
| *REGON* |  |

\*\* wypełniają jedynie Wykonawcy wspólne ubiegający się o udzielenie Zamówienia (spółki cywilne lub konsorcja)

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie Przedmiotu Zamówienia zgodnie z SWZ.
2. **Oświadczamy,** że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami.
3. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy stanowiącymi załącznik do SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej   
   z ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** wykonać zamówienie w terminie wskazanym w SWZ.
5. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu Zamówienia na:

**Część nr 1 Aparat do elektroterapii z tonolizą**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** |
| 1 | Aparat do elektroterapii z tonolizą | 2 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 30 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Producent: ……………………………….**

**Nazwa handlowa: ……………………….**

**Model: ……………………………………**

**Część nr 2 Szyna rehabilitacyjna stawu kolanowego**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** |
| 1 | Szyna rehabilitacyjna stawu kolanowego | 5 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 30 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Producent: ……………………………….**

**Nazwa handlowa: ……………………….**

**Model: ……………………………………**

**Część nr 3 Aparat EKG**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** |
| 1 | Aparat EKG | 1 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 30 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Producent: ……………………………….**

**Nazwa handlowa: ……………………….**

**Model: ……………………………………**

**Część nr 4 Stacja pomiarowa do badania wzrostu i wagi**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** |
| a | Stacja pomiarowa do badania wzrostu i wagi | 1 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 30 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Producent: ……………………………….**

**Nazwa handlowa: ……………………….**

**Model: ……………………………………**

**Część nr 5 Wózek do przewożenia pacjentów**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** |
| 1 | Wózek do przewożenia pacjentów | 6 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 30 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Producent: ……………………………….**

**Nazwa handlowa: ……………………….**

**Model: ……………………………………**

**Część nr 6 Wózek do przewożenia pacjentów z dodatkowym wyposażeniem**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** |
| 1 | Wózek do przewożenia pacjentów z dodatkowym wyposażeniem | 1 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 30 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Producent: ……………………………….**

**Nazwa handlowa: ……………………….**

**Model: ……………………………………**

**Część nr 7 Wózki do narzędzi i instrumentarium**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** | **Producent**  **Nazwa handlowa**  **Model** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** | **i** |
| a | Wózek do narzędzi i instrumentarium | 8 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| b | Wózek składany do narzędzi i instrumentarium | 4 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy: do 60 dni roboczych**

**Część nr 8 Mata masująca**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** |
| 1 | Mata masująca | 5 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 40 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Producent: ……………………………….**

**Nazwa handlowa: ……………………….**

**Model: ……………………………………**

**Część nr 9 Nasadki wiertarskie do systemów Acculan 4**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** |
| 1 | Nasadki wiertarskie do systemów Acculan4 | 4 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 40 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Producent: ……………………………….**

**Nazwa handlowa: ……………………….**

**Model: ……………………………………**

**Część nr 10 Meble medyczne**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** | **Producent**  **Nazwa handlowa**  **Model** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** | **i** |
| a | Kozetka drewniana | 8 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| b | Stolik zabiegowy | 1 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| c | Wózek zabiegowy | 3 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| d | Taboret medyczny/lekarski | 2 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| e | Krzesło prysznicowe | 1 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 40 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Część nr 11 Wózki i balkoniki rehabilitacyjne**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** | **Producent**  **Nazwa handlowa**  **Model** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** | **i** |
| a | Wózek transportowy siedzący | 15 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| b | Wózek siedzący modularny | 1 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| c | Balkonik rehabilitacyjny na kółkach | 23 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| d | Balkonik rehabilitacyjny dziecięcy  (obciążenie max.  ≥ 65kg, wysokość 47-60cm ± 2cm) | 1 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| e | Balkonik rehabilitacyjny dziecięcy  (obciążenie max.  80 kg, wysokość 60-73cm ± 2cm) | 1 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 40 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Część nr 12 Wózek toaletowo-kąpielowy**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** |
| 1 | Wózek toaletowo-kąpielowy | 2 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 40 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Producent: ……………………………….**

**Nazwa handlowa: ……………………….**

**Model: ……………………………………**

**Część nr 13 Kule dla pacjentów**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** | **Producent**  **Nazwa handlowa**  **Model** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** | **i** |
| 1 | Kule łokciowe dla dorosłych | 18 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| 2 | Kule dla dorosłych podparciem przedramienia | 4 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| 3 | Kule łokciowe dla dzieci | 4 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 40 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

**Część nr 14 Wagi**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA NETTO ………………………….PLN**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO .......................................PLN**

*Zgodnie z poniższą tabelą*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **przedmiot zamówienia** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **cena jednostkowa brutto (zł)**  **[d+(d\*e)]** | **Wartość netto (zł)**  **[d\*c]** | **Wartość brutto (zł)**  **[f\*c]** | **Producent**  **Nazwa handlowa**  **Model** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** | **g** | **h** | **i** |
| a | Waga niemowlęca | 2 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| b | Waga osobowa ze wzrostomierzem | 2 szt. | **\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| c | Waga platformowa | 1 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |
| d | Waga precyzyjna | 1 szt. | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_ %** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** | **\_\_\_\_\_\_\_ zł** |  |

**Termin gwarancji i rękojmi (min. 24 mc, max 48 mc): ……………. mc**

**Termin dostawy (max do 40 dni roboczych): do …………… dni roboczych**

1. **DANE WYKONAWCY potrzebne do realizacji zamówienia:**

Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia:…………………...........................

Adres e-mail do powiadomienia o zmianach: ………………………………………

Adres e-mail / nr telefonu do składania awarii - serwis ……………………….……

Adres e-mail / nr telefonu do składania reklamacji …...……………………….……

Adres e-maildo przesyłania not obciążeniowych, kompensat oraz potwierdzenia salda: ……………

1. **OŚWIADCZAMY,** że do regulowania należności z tytułu realizacji zamówienia wskazujemy następujący numer **KONTA BANKOWEGO**:

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

1. **WARUNKI PŁATNOŚCI** zostały określone w Projektowanych Postanowieniach Umowy, stanowiących załącznik do SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani ofertą do upływy terminu wskazanego w SWZ.
3. **Oświadczamy**, że następujące dokumenty zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane *(\*wypełnić, jeśli dotyczy):* ………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………….……
4. **OSOBĄ** upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest:

……………………………………………………… tel. ………………………………………

1. **Informujemy**, że wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \**Tabelę wypełniają* ***wyłącznie*** *Wykonawcy, których wybór oferty prowadziłby   
   u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego, tj. kiedy zgodnie z przepisami ustawy   
   o podatku od towarów i usług to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego | Wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku | Stawka podatku od towarów  i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie |
|  |  |  |

1. Stosownie do § 13 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia   
   23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy oraz w związku z art. 127 ust. 2 ustawy Pzp:
   * + 1. wskazujemy adresy internetowe ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, z których Zamawiający pobierze wymagane dokumenty *(\*należy wskazać dokumenty oraz adresy internetowe baz danych): .....................……………………………………………………………*
       2. oświadczamy, że następujące wymagane oświadczenia lub dokumenty dostarczono Zamawiającemu   
          w poprzednich postępowaniach o udzielenie zamówienia oraz potwierdzamy ich aktualność *(\*należy wskazać oświadczenia lub dokumenty oraz nazwę i numer postępowania):* ………………………………

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

1. Dostawę objętą zamówieniem zamierzamy wykonać **samodzielnie\* – przy udziale podwykonawców\***

*(\*niepotrzebne skreślić) Wypełnić poniższą tabelę w przypadku wykonania zamówienia przez podwykonawców.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numer części** | **Część zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom** | **Nazwy ewentualnych podwykonawców,  jeżeli są już znani** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |

Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy   
z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

1. **OŚWIADCZAMY**, że brak wskazania, w ofercie części zamówienia, rozumiane ma być jako wykonanie zamówienia bez udziału podwykonawców.
2. **OŚWIADCZAMY**, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania zawarte w SWZ, w tym wymagania zawarte w Opisie Wymaganych Parametrów Technicznych „OWPT” załącznik nr 2.
3. **OTRZYMALIŚMY** konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 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.[[2]](#footnote-2)\*
5. **RODZAJ Wykonawcy**[[3]](#footnote-3)**:**

**☐**Mikroprzedsiębiorstwo

**☐**Małeprzedsiębiorstwo

**☐**Średnieprzedsiębiorstwo

**☐**Jednoosobowa działalność gospodarcza,

**☐**Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

**☐**Inny rodzaj

*Dokument podpisany elektronicznie*

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). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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). [↑](#footnote-ref-2)
3. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, 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. [↑](#footnote-ref-3)