**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy**

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

**Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:**

ulica: …………………………..., kod pocztowy …. - ….. miejscowość: ………………..………,

województwo: ……………….……..

REGON ……………………… NIP ………………………… KRS ……………………………….

**Telefon oraz e-mail Wykonawcy**

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

**Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania oferty:**

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

(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

**Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy:**

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

(proszę dołączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

* Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej **TAK / NIE**\*
* Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: **TAK / NIE\***
* Rodzaj Wykonawcy: mikroprzedsiębiorstwo małe przedsiębiorstwo średnie przedsiębiorstwo[[1]](#footnote-1) jednoosobowa działalność gospodarcza osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej inny rodzaj**\***
* Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **TAK / NIE\***

1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia na **Zakup ambulansu dla zespołów ratownictwa medycznego wraz z dodatkowym wyposażeniem dla SPS ZOZ w Lęborku SKŁADAM/-Y OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy, na następujących warunkach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena za ambulans w konfiguracji wymaganej przez Zamawiającego z wyposażeniem medycznym wynosi:** | | |
|  |  |  |
| **Netto** |  | **………………….. zł** |
|  |  |  |
| **Brutto** |  | **…………………… zł** |
|  |  |  |
| W tym: |  |  |
|  |  |  |
| **Ambulans** |  |  |
| Netto |  | ……………… zł |
| VAT | …..% | ………………. zł |
| Brutto |  | ………………. zł |
|  |  |  |
| **Wyposażenie medyczne nosze główne** |  |  |
| Netto |  | ……………….. zł |
| VAT | ……% | ……………….. zł |
| Brutto |  | ……………….. zł |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyposażenie medyczne urządzenie do bezpiecznego oczyszczania powietrza w karetce** |  |  |
| Netto |  | ……………….. zł |
| VAT | …..% | ……………….. zł |
| Brutto |  | ……………….. zł |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyposażenie medyczne wideolaryngoskop** |  |  |
| Netto |  | ……………….. zł |
| VAT | …..% | ……………….. zł |
| Brutto |  | ……………….. zł |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyposażenie medyczne urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego** |  |  |
| Netto |  | ……………….. zł |
| VAT | …….% | ……………….. zł |
| Brutto |  | ……………….. zł |

Informuję/-my, iż wybór oferty będzie prowadzić /nie będzie prowadzić\* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług[[2]](#footnote-2):

wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego: ………………………………………

wskazanie wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku: ……………………………………………………………

wskazanie stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie: …………………………………………………………………….

**termin wykonania zamówienia**: do 22.04.2024 r. od 23.04.2024 r. do 21.05.2024 r.

do 3 miesięcy od podpisania umowy\*

1. Minimalny termin płatności wymagany przez Zamawiającego to **60 dni** od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego. Na fakturze powinien znajdować się numer umowy, której faktura dotyczy.
2. Przewiduję/-my powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia **TAK / NIE** \*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp | Nazwa/firma podwykonawcy | Wskazanie nazwy oraz wartości procentowej części zamówienia lub/i wartość powierzonej części zamówienia |
|  |  |  |

1. Oświadczam/-y, że:
2. oferowany ambulans spełnia wymagania Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym, Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia oraz jest zgodny z obowiązującą (aktualną) normą: PN-EN 1789 lub równoważną dla środka transportu drogowego oraz PN-EN 1865 lub równoważną dla urządzeń do przenoszenia – transportu pacjenta stosowanych w ambulansach drogowych i potwierdzony certyfikatem zgodności wydanym przez niezależną jednostkę badawczą;
3. oferowany ambulans wraz z wyposażeniem medycznym spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego zawarte w Formularzu parametrów wymaganych, stanowiącym załącznik nr 2 do SWZ;
4. najpóźniej na dzień dostawy, oferowany ambulans będzie posiadał następujące dokumenty: świadectwo homologacji pojazdu skompletowanego jako pojazd specjalny sanitarny, wydane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i normami przedmiotowymi (z przywołaniem podstawy prawnej) oraz certyfikat lub protokół lub raport potwierdzający pozytywnie przeprowadzone dynamiczne badania wytrzymałościowe (kompleksowe testy zderzeniowe całego ambulansu) wykonane przez jednostkę notyfikowaną zgodnie z obowiązującą normą: PN-EN 1789 lub spełniającą wymagania równoważne;
5. zaoferowane wyroby medyczne spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych oraz posiadają aktualne dopuszczenia do obrotu w postaci Deklaracji Zgodności wydanej przez producenta / Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną;
6. zapoznałem/-liśmy się i akceptuję/-my w całości wszystkie warunki zawarte w SWZ, w tym istotne postanowienia umowy;
7. uzyskałem/-liśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty;
8. jestem/-śmy związany/-i niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ;
9. zobowiązuję/-my się, w przypadku wyboru oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ;
10. wypełniłem/-liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/-liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. *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 lub wskazanie „nie dotyczy”)*
11. Niniejsza oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję/-my skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 cyt. ustawy w oparciu o następujące uzasadnienie: ……………………………………………………………………………………

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

**\* niepotrzebne skreślić lub zaznaczyć właściwe**

**UWAGA: formularz oferty MUSI być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty zaznaczyć opcję widoczności podpisu.**

1. *(zgodnie z**zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). M****ikroprzedsiębiorstwo****: 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 przedsiębiorstwo****: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem* ***i które*** *zatrudnia mniej niż 250 osób i którego**roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.* [↑](#footnote-ref-1)
2. Mechanizm podzielonej płatności ma zastosowanie w transakcjach z zagranicznymi kontrahentami, gdy przedsiębiorca dokonuje wewnątrzwspólnotowego nabycia usług (WNT), importu usług lub nabywa usługi od firmy spoza Unii Europejskiej. Wykaz towarów i usług objętych mechanizmem podzielonej płatności zawiera Załącznik nr 15 do ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług. [↑](#footnote-ref-2)