**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.: |
| **Dostawa łóżek szpitalnych i materacy** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena/wynagrodzenie brutto Wykonawcy za wykonanie całości przedmiotu zamówienia: (\*)** | | |
| …………….…… zł .…….. gr | | słownie : ………………………………………………….………………………... |
| w tym: | | |
| netto: | ……… zł……. gr | słownie: ………………………..………..…………………………….…………… |
| podatek VAT: | ……… zł……. gr | słownie: ……………………………………………………………….…………… |
| **Dodatkowa gwarancja:** | | |
| Niniejszym oferuję/my dodatkowy okres gwarancji wynoszący **…………………….. miesiące/ęcy (\*),** liczony od dnia, w którym upłynie obowiązkowy 24 miesięczny okres rękojmi.  *(Czytelnie wpisać ilość miesięcy, jeżeli Wykonawca oferuje dodatkową gwarancję. Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu dodatkowy okres gwarancji na dostarczony przedmiot zamówienia, wynoszący* ***od 1 miesiąca do 24 miesięcy*** *liczony od dnia następnego, w którym upłynie obowiązkowy 24 miesięczny okres rękojmi.)* | | |
| **Termin dostawy:** | | |
| Niniejszym oferuję/my termin dostawy przedmiotu zamówienia wynoszący **........................ dni roboczych (\*),** liczonych od dnia zawarcia umowy.  *(Czytelnie wpisać ilość dni roboczych, jeżeli Wykonawca oferuje dostarczenie przedmiotu zamówienia w krótszym terminie realizacji. Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin dostawy przedmiotu zamówienia wynoszący od 20 do 39 dni roboczych, licząc od dnia zawarcia umowy).* | | |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy** – do 40 dni roboczych licząc od dnia zawarcia umowy.

**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 w następujący sposób:

*Płatność wynikająca z realizacji umowy nastąpi w formie przelewu na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.*

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, że:

**MIKROPRZEDSIĘBIORSTWEM / MAŁYM PRZEDSIĘBIORSTWEM / ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWEM / ŻADNYM Z POWYŻSZYCH (\*\*)**

**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 | | |
|  |  | | |

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

*(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)*

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

(\*) Uzupełnić:

- cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - wypełnić po sporządzeniu Formularza cenowego – załącznika nr 1 A do SWZ;

- dodatkowy okres gwarancji - jeżeli Wykonawca nie wpisze ilości miesięcy dodatkowej gwarancji w niniejszym formularzu oznacza to, że jej nie zaoferował;

- termin dostawy – jeżeli Wykonawca nie wpisze proponowanego terminu dostawy (ilości dni roboczych) w niniejszym formularzu, oznacza to że Wykonawca zaoferował 40 dniowy (dni robocze) termin dostawy.

(\*\*) Niepotrzebne skreślić.

(\*\*\*) Uzupełnić.