**ZPZ-28/07/24 Załącznik nr 1 do SWZ**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTY** |
| Dane Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:Nazwa (firma)\*: ………...............................................................................................................................Adres: ............................................................................................................................................KRS: ............................................................................................................................................REGON: ............................................................................................................................................NIP: ............................................................................................................................................Tel: ............................................................................................................................................Adres e-mail: ............................................................................................................................................ |

**Do: Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn**

 Nawiązując do ogłoszenia w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji pn.: **„Dostawa
i montaż wyposażenia meblowego do pomieszczeń budynków SK MSWiA z W-M CO w Olsztynie”**, znak sprawy: **ZPZ-28/07/24**, ja/my niżej podpisany/-a/podpisani\* :

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

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

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

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

działając w imieniu i na rzecz ww. Wykonawcy /Wykonawców:

1. Składam/y ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia (SWZ), w części nr …… **(wypełnić osobno dla każdej części),** za cenę:

**netto:** ..................................................................

**stawka VAT:…………………….…..; wartość VAT:** …………………….………………….

**brutto:** ...............................................................

Jednocześnie, oferujemy niżej wskazany termin gwarancji dla części ( wypełnić właściwą):

* **część nr 1 –Meble do budynku „E” II p.:**

 na 24 miesiące

 na 36 miesięcy

 na 48 miesięcy i więcej

* **część nr 2 – Meble do budynku „F” V p. :**

 na 24 miesiące

 na 36 miesięcy

 na 48 miesięcy i więcej

* **część nr 3 – Meble do budynku „F” VI p. :**

 na 24 miesiące

 na 36 miesięcy

 na 48 miesięcy i więcej

* **część nr 4 – Meble do budynku „D” Akcelerator**.

 na 24 miesiące

 na 36 miesięcy

 na 48 miesięcy i więcej

*W sytuacji, gdy Wykonawca nie poda okresu gwarancji na dostarczone meble, Zamawiający uzna, że Wykonawca deklaruje najkrótszy okres gwarancji, tj. na 24 miesiące.*

1. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne dla realizacji całego przedmiotu Umowy, w tym w szczególności: cenę netto wyposażenia meblowego, podatek VAT, koszt załadunku, dostawy, transportu, wyładunku, wniesienia, montażu, koszt rozpakowania, wywozu i utylizacji opakowań oraz wszelkich innych materiałów po dostarczanym wyposażeniu meblowym, koszt ubezpieczenia, koszt naprawy i wymiany wyposażenia meblowego, w tym koszt wymiany ich części, koszt napraw gwarancyjnych oraz opłaty celne, skarbowe oraz inne koszty Wykonawcy związane z prawidłowym zrealizowaniem zamówienia.
2. Wykonawca oświadcza, iż w składanej ofercie **zastosował/nie zastosował\*\*** rozwiązania równoważne w odniesieniu do wskazanych w dokumentach zamówienia znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, źródła lub szczególnego procesu opisujących przedmiot zamówienia **(dot. rozdz. 3.4 SWZ).**
3. Zamawiający -Szpital Kliniczny MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie wdrożył **Zintegrowany System Zarządzania zgodny z wymaganiami Standardów Akredytacyjnych oraz ISO 9001:2015**. Wykonawca usługi zobowiązany będzie do podpisania zapoznania się z powyższą informacją oraz podpisania porozumieniem w zakresie BHP przyjmując do stosowania z dniem zawarcia umowy.
4. Zamówienie zrealizujemy sami / przy udziale następujących podwykonawców \*\*:

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

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

*podać firmę ( nazwę) Podwykonawcy oraz część zamówienia (zakres prac , którą Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom)*

1. Dokumenty, które Zamawiający może uzyskać na zasadach określonych w art. 274 ust.4 ustawy Pzp dostępne są:

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

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

*(w tym miejscu Wykonawca winien wskazać adres strony internetowej z której Zamawiający winien pobrać dokument np. KRS lub CEIDG).*

**POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

1. Oświadczam, iż zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia
i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oferujemy termin realizacji zamówienia: **zgodny z SWZ.**
3. Oświadczam, iż zapoznaliśmy się ze wzorem umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej Oferty, do zawarcia umowy, na warunkach w niej określonych,
w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Akceptujemy termin płatności **do 60 dni** od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
5. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
6. Informuję, iż wybór naszej oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, o którym mowa w ustawie z dnia 11 marca 2004 o podatku od towarów i usług (t.j. Dz.U. z 2022r., poz. 931 z późn. zm.)*.*

TAK / NIE \*\* .

Jeżeli „Tak” należy podać nazwę (rodzaj) towaru/usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego zastosowania, ich wartość bez kwoty podatku oraz kwoty podatku od towarów i usług która powinna być doliczona do ceny złożonej oferty, o ile nie wynika to z jej treści.:

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

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

14. Oświadczam/-y, że przyjmujemy do wiadomości, że u Zamawiającego jest wdrożony przez Szpital Zintegrowany System Zarządzania zgodny z wymaganiami Standardów Akredytacyjnych oraz ISO 9001:2015.

15. Oświadczam, iż za wyjątkiem……………………………………………………………………. niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Uzasadnienie zastrzeżenia tajemnicy przedsiębiorstwa wskazujące wszystkie przesłanki określone w ustawie z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz.U. 2022, poz. 1233 ze zm.) dołączamy do oferty.

 16. Oświadczam, iż jesteśmy mikro/małym/średnim przedsiębiorcą/jednoosobową działalnością gospodarczą/osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej/inny rodzaj\*\*.

17. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:

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

Telefon:....................................................................................................................................................

Adres e-mail:...........................................................................................................................................

18. Oświadczam, że wypełniam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 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\*\*\*.

19. Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

………………….. dn. ………………………2024 roku.

………………………….….…….………………………

podpis osoby upoważnionej

do reprezentacji Wykonawcy

**U W A G A !**

*\* Ww. pozycji Wykonawcy występujący wspólnie (np. konsorcjum, spółka cywilna) wpisują dane wszystkich Wykonawców występujących wspólnie, natomiast w pozostałych pozycjach należy wpisać tylko dane Pełnomocnika występującego w imieniu uczestników występujących wspólnie.*

*\*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\*\* 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.*

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 95/46WE (ogólne rozporządzenia o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*  [↑](#footnote-ref-1)