### Załącznik nr 2. Formularz ofert.

### 

## **OFERTA**

postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pod nazwą

Zakup sprzętu i aparatury medycznej **realizowanego w ramach projektu nr RPO.08.04.01-20-0030/18 pn. Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia w SP ZOZ w Sejnach z dnia 27.03.2018 r.**

1. **DANE WYKONAWCY / WYKONAWCÓW** \*
   1. Zarejestrowana nazwa Wykonawcy / Wykonawców \* *(w przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia wraz ze wskazaniem Pełnomocnika zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy PZP):*

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

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

* 1. Zarejestrowany adres Wykonawcy / Wykonawców \*:

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

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

* 1. Dane teleadresowe Wykonawcy / Pełnomocnika \*:
* tel. ......................................................................
* fax. …………………………………….……………
* strona www: http://……………………….………..
* e-mail: ................................................................

* 1. Inne dane Wykonawcy / Pełnomocnika \*:
* REGON ..............................................................
* NIP .....................................................................
* nr rachunku bankowego i nazwa Banku: ………………………………………………………………….

1.5. Oświadczam, iż jako Wykonawca będący osobą fizyczną **prowadzę działalność gospodarczą / nie prowadzę działalności gospodarczej** *(niewłaściwe skreślić)* oraz **jestem / nie jestem** *(niewłaściwe skreślić)* podatnikiem czynnym w zakresie podatku od towarów i usług (VAT).

*(niniejsze oświadczenie wypełniają jedynie Wykonawcy będący osobami fizycznymi)*

1. **CENA**

**oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w cenie ............................................................... zł** **brutto**

(słownie:............................................................................................................................................................................)

netto…………………………… zł, słownie: ………………………………………………………………………………

Podatek VAT: ………………………………………………. zł,

słownie: …………………………………………………………………………………………………………………….

2.1. Oświadczam, iż wybór niniejszej oferty **będzie / nie będzie** (*niewłaściwe skreślić*) prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

(*dalej wypełnić należy jedynie w przypadku wskazania opcji „będzie”, czyli w przypadku, gdy Wykonawca nie jest płatnikiem podatku VAT na terenie Rzeczpospolitej Polskiej i w zastępstwie Wykonawcy podatek ten miałby uiszczać Zamawiający*)

W związku z faktem, iż wybór niniejszej oferty **będzie** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, wskazuję:

* nazwę (rodzaj) towaru / usługi, których dostawa / świadczenie stanowi przedmiot niniejszej oferty – …………………......................................................................................................................................

(*należy wpisać właściwe – informacja stanowiąca podstawę ustalenia stawki podatku w ramach obowiązku podatkowego Zamawiającego*)

* wartość towaru / usługi bez kwoty podatku – ………………………………………………………………..

(*należy wpisać stosowną kwotę, przy czym wartość ta winna być spójna z kwotą stanowiącą cenę ofertową).*

1. Podać oddzielnie dla każdego sprzętu cenę brutto jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wyniesie ……. % minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku, tj. ………… zł.
2. Podać oddzielnie dla każdego sprzętu koszt serwisowania brutto z niezbędną wymianą podzespołów w okresie 12 miesięcy wyniesie …….. zł brutto.
3. **TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania zamówienia: **w terminie 8 tygodni od daty podpisania umowy.**

Oświadczamy, iż zobowiązujemy się do dokonania dostawy i montażu sprzętu i aparatury medycznej oraz przeszkolenie pracowników obsługujących urządzenia.

1. **WARUNKI SERWISU GWARANCYJNEGO**
   1. **OKRES GWARANCJI I REKOJMI**

**Oświadczamy, że udzielamy ….... - miesięcznej** *(należy podać liczbę miesięcy – minimum 36) na przedmiot zamówienia.*

1. **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

Oświadczamy, że:

* 1. przedmiotowe zamówienie wykonamy zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia.
  2. akceptujemy warunki płatności określone we wzorze umowy.
  3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia wraz z załącznikami i warunki w niej zawarte przyjmujemy bez zastrzeżeń.
  4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, tj. 60 dni.
  5. zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany   
     i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w nim zapisanych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
  6. przedmiot zamówienia (1):
* zrealizujemy siłami własnymi. \*.
* zamierzamy zrealizować z udziałem Podwykonawców w zakresie ……………………………………...

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

*(należy wskazać poszczególne części zamówienia, których wykonanie Zamawiający zamierza powierzyć Podwykonawcom),*

a przedmiotowe części zamówienia zamierzamy powierzyć następującym Podwykonawcom:

1. ……………………………
2. ……………………………
3. ……………………………

*(w przypadku zamiaru wykonania zamówienia z udziałem Podwykonawców należy wskazać firmy poszczególnych Podwykonawców, jeżeli są znane)* \*.

*UWAGA – W przypadku, gdy Wykonawca nie wypełni powyższego punktu, Zamawiający uzna, iż Wykonawca zamierza wykonać całość zamówienia bez udziału Podwykonawców.*

1. **TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA**

*(proszę wypełnić jeżeli dotyczy)*

Informacje zawarte na stronach od ….. do …… / załącznik ………. \*stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu *ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji* i nie mogą być udostępnione przez Zamawiającego.

**Zastrzegając w trybie art. 8 ust. 3 ustawy PZP zakaz udostępnienia informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16.04.1993 r. o zwalczeniu nieuczciwej konkurencji (tekst jedn. Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503, ze zm.) przedkładamy równocześnie stosowne informacje / wyjaśnienia / dokumenty / inne: ……………………………………………………… *(wpisać właściwe / skreślić niepotrzebne)* celem wykazania, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.**

1. **WADIUM**

Wymagane wadium w kwocie26 200,00 zł (słownie: *dwadzieścia sześć tysięcy dwieście złotych 00/100*) zostało wniesione w formie ………………………………………………………………………………………………………....

1. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

*(proszę wymienić dokumenty załączane do oferty)*

1. …………………………………………….
2. …………………………………………….
3. …………………………………………….
   1. **Oświadczenie JEDZ** (podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym) jako oświadczenie dołączane do oferty zgodnie z art. 25a ustawy PZP zostało (zostanie) przekazane Zamawiającemu poprzez przesłanie go w formie zaszyfrowanego pliku na adres poczty elektronicznej [***zamowienie.publiczne@szpital.sejny.pl***](mailto:zamowienie.publiczne@szpital.sejny.pl)– przed upływam terminu składania ofert.

Hasło deszyfrujące do pliku zawierającego oświadczenie JEDZ zostało wskazane poniżej w „Informacja do odszyfrowania JEDZ”

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

*(miejscowość / data) (czytelny podpis lub podpis z pieczątką*

*imienną osoby upoważnionej /*

*osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)*

(1)*- opcje do wyboru*

*\* - niepotrzebne skreślić, a w pozostałym zakresie w miejscach wykropkowywanych wypełnić*

*\*\* - dotyczy wszystkich oświadczeń JEDZ, które składa Wykonawca w związek ze złożeniem oferty (dotyczących zarówno Wykonawcy, Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, jak i podmiotów trzecich, o których mowa w art. 22a ustawy PZP)*

Wykonawca

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

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

*(podać nazwę i adres Wykonawcy)*

niniejszym – zgodnie z wymaganiami określonymi w SIWZ – przekazuje informacje umożliwiające odszyfrowanie (dekodowanie) pliku / plików JEDZ przekazanego / przekazanych Zamawiającemu w związku ze złożoną ofertą:

1. JEDZ dotyczący ………………………………..

*(należy wpisać oznaczenie podmiotu, którego dany JEDZ dotyczy – Wykonawcy, jednego z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia / podmiotu trzeciego udostępniającego zasoby w trybie art. 22a ustawy PZP – jeżeli dotyczy)*

* nazwa (oznaczenie) pliku zawierającego oświadczenie JEDZ przesłanego Zamawiającemu na adres e-mail [***zamowienie.publiczne@szpital.sejny.pl***](mailto:zamowienie.publiczne@szpital.sejny.pl)**:**

……………………………..………………………….

*(należy wpisać nazwę / oznaczenie pliku)*

* informacje umożliwiające odszyfrowanie przedmiotowego pliku:
  + hasło dostępowe / klucz deszyfrujący: ……………………………..

*(należy wpisać)*

* + inne informacje niezbędne do prawidłowego dostępu do pliku, w szczególności informacje o wykorzystanym programie szyfrującym lub procedurze odszyfrowania danych zawartych w dokumencie:

……………………………………………………………………………………..…

*(jeżeli dotyczy – należy wpisać)*

*W przypadku przesłania w związku ze złożoną ofertą więcej niż jednego oświadczenia JEDZ (więcej niż jednego pliku) pkt 1 należy powielić (w odpowiedniej ilości – zależnie od liczby przekazanych plików) wskazując informacje dotyczące każdego z przesłanych plików*

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

*(miejscowość / data) (czytelny podpis lub podpis z pieczątką imienną osoby upoważnionej  
/ osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)*