



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 \*

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

.....  
.....

1.2. Zarejestrowany adres Wykonawcy / Wykonawców \*:

.....  
.....

1.3. Dane teleadresowe Wykonawcy / Pełnomocnika \*:

- tel. ....
- fax. ....
- strona www: http://.....
- e-mail: .....

1.4. 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*)

## 2. 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 Rzeczypospolitej 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*).

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

## 5. 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 urządzenie.

## 6. WARUNKI SERWISU GWARANCYJNEGO

### 6.1. OKRES GWARANCJI I REKOJMI



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

## 7. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY

Oświadczamy, że:

- 5.1. przedmiotowe zamówienie wykonamy zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia.
- 5.2. akceptujemy warunki płatności określone we wzorze umowy.
- 5.3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia wraz z załącznikami i warunki w niej zawarte przyjmujemy bez zastrzeżeń.
- 5.4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, tj. 60 dni.
- 5.5. 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.
- 5.6. przedmiot zamówienia <sup>(1)</sup>:
  - 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.

## 8. 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 zwalczaniu 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.



## 9. WADIUM

Wymagane wadium w kwocie 26 200,00 zł (słownie: *dwadzieścia sześć tysięcy dwieście złotych 00/100*) zostało wniesione w formie .....

## 10. ZALĄCZNIKI DO OFERTY

*(proszę wymienić dokumenty załączane do oferty)*

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

10.1. **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 upływem terminu składania ofert.

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

.....  
*(miejsowość / data)*

.....  
*(czytelny podpis lub podpis z pieczętką  
imienną osoby upoważnionej /  
osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)*

<sup>(1)</sup> - *opcje do wyboru*

\* - *niepotrzebne skreślić, a w pozostałym zakresie w miejscach wykropkowanych 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 pieczęcią imienną osoby upoważnionej / osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)*