Oferta Wykonawcy

***Do Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii
w Lublinie, ul. Doktora Witolda Chodźki 6***

Nawiązując do zaproszenia na złożenia oferty cenowej na usługę wykonywania napraw i przeglądów technicznych aparatury medycznej składam poniższą ofertę:

1. Dane Wykonawcy:

nazwa...........................................................................................................................................

numer telefonu …………………….. …………………………….e-mail…………………………………………………….

siedziba........................................................................................................................................

REGON .......................................................................................................................................

NIP………………………………………………………………………………………………

2. Data sporządzenia oferty..........................................................................................................

3.Oferuję realizację przedmiotu zamówienia na **24 miesiące** za cenę :

**ZADANIE NR 1 - NAPRAWY**

 Stawka roboczogodziny wynosi ………………. zł netto

 Szacunkowa ilość roboczogodzin / **24 miesiące** wynosi: **200**

 **wartość netto** : ……………………............................................... zł/24 miesiące

 słownie: .........................................................................................

  **VAT:** ………………………………................................... zł

 stawka podatku VAT : .................................................................... zł

 wartość **brutto** : ……………………........................................... zł /24 miesiące

 słownie: ........................................................................................

**ZADANIE NR 2 – NAPRAWY W GABINETACH SZKOLNYCH**

Stawka roboczogodziny wynosi ………………. zł netto

 Szacunkowa ilość roboczogodzin / **24 miesiące** wynosi: **60**

 **wartość netto** : ……………………............................................... zł/24 miesiące

 słownie: .........................................................................................

  **VAT:** ………………………………................................... zł

 stawka podatku VAT : .................................................................... zł

 wartość **brutto** : ……………………........................................... zł /24 miesiące

 słownie: ........................................................................................

**ZADANI NR 3 – NAPRAWY KOŃCÓWEK STOMATOLOGICZNYCH**

Stawka roboczogodziny wynosi ………………. zł netto

 Szacunkowa ilość roboczogodzin / **24 miesiące** wynosi: **240**

 **wartość netto** : ……………………............................................... zł/24 miesiące

 słownie: .........................................................................................

  **VAT:** ………………………………................................... zł

 stawka podatku VAT : .................................................................... zł

 wartość **brutto** : ……………………........................................... zł /24 miesiące

 słownie: ........................................................................................

**ZADANIE NR 4 – PRZEGLĄDY SPRZĘTU**

 Kwota ryczałtu netto za 1 przegląd ………………. zł netto

 Ilość przeglądów / **24 miesiące** wynosi: **78**

 **wartość netto** : ……………………............................................... zł/24 miesiące

 słownie: .........................................................................................

  **VAT:** ………………………………................................... zł

 stawka podatku VAT : .................................................................... zł

 wartość **brutto** : ……………………........................................... zł /24 miesiące

 słownie: ........................................................................................

**ZADANIE NR 5 – PRZEGLĄDY SPRZĘTU W GABINETACH SZKOLNYCH**

 Kwota ryczałtu netto za 1 przegląd ………………. zł netto

 Ilość przeglądów / **24 miesiące** wynosi: **18**

 **wartość netto** : ……………………............................................... zł/24 miesiące

 słownie: .........................................................................................

  **VAT:** ………………………………................................... zł

 stawka podatku VAT : .................................................................... zł

 wartość **brutto** : ……………………........................................... zł /24 miesiące

 słownie: ........................................................................................

**ZADANIE NR 6 – PRZEGLĄD APARATU DO ZNIECZULEŃ**

 Kwota ryczałtu netto za 1 przegląd ………………. zł netto

 Ilość przeglądów / **24 miesiące** wynosi: **2**

 **wartość netto** : ……………………............................................... zł/24 miesiące

 słownie: .........................................................................................

  **VAT:** ………………………………................................... zł

 stawka podatku VAT : .................................................................... zł

 wartość **brutto** : ……………………........................................... zł /24 miesiące

 słownie: ........................................................................................

**3. Proponuję następujące warunki realizacji kontraktu:**

 1) termin realizacji umowy - **24 miesiące od dnia zawarcia umowy**

 2) forma i termin płatności faktur: minimum 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury przelew: ..................... dni

**4.** Oświadczam, iż podane ceny uwzględniają wszystkie czynniki cenotwórcze.

**5.** Oświadczam, iż zapoznałem się z dokumentami zaproszenia do złożenia oferty cenowej oraz warunkami realizacji zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

**6**. **Oświadczam**, że podlegam / nie podlegam\*\* wykluczeniu z postępowania **na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).**

**7. Oświadczam**, iż wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (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 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu  TAK /   NIE   /  NIE DOTYCZY \*\*)

*\*\*) niepotrzebne skreślić; brak wyboru oznacza wypełnienie obowiązku zgodnie z art. 13 lub 14 RODO*

……………………..….

 *Miejscowość, data*

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

*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*