**Załącznik nr 1**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

Nazwa i adres siedziby Wykonawcy albo Imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres siedziby Wykonawcy

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

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

Nr telefonu, faksu ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Regon:......................................................................

NIP:..........................................................................

BDO.........................................................................

Województwo............................................................

Powiat…….................................................................

Internet: http://........................................................

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

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO IM. WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI – CENTRALNEGO SZPITALA WETERANÓW  
90-549 ŁÓDŹ, UL. ŻEROMSKIEGO 113**

Nawiązując do zapytania ofertowegoz dnia **………...........2024 r.**  **na dostawę źródła kalibracyjnego Co-57 do gamma kamery**

**numer: 67/PP/ZP/D/2024**

1. Oferujemy **dostawę źródła kalibracyjnego Co-57 do gamma kamery** do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi przy ul. Żeromskiego 113**,** zgodnie formularzem oferty, na warunkach określonych we wzorze umowy.
2. Oferujemy wykonanie w/w dostawy będącej przedmiotem zamówienia za cenę:

**Cena netto …............................ zł**

**Cena brutto ............................... zł**

**w tym podatek VAT .............%**

1. Dostawa zostanie zrealizowana w terminie **…… tygodni** **(maksymalnie 8 tygodni),** od dnia podpisania umowy.
2. Proponowany termin płatności: **…………. dni (minimum 45 dni/maksimum 60 dni)** od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury, na warunkach i zgodnie z postanowieniami wzoru umowy.
3. Oświadczamy, że oferowany towar spełnia poniższe wymagania:

Źródło płaskie Co-57 o aktywności 20mCi

Wymiary części aktywnej: 620 x 420 mm

Wymiary zewnętrzne: 700 x 538 x 8 mm

Tolerancja aktywności: +/- 15%

1. Należność będzie wpłacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy podany na fakturze, który jest zgodny:

• z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT**\***

• z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością - w przypadku innych podatników \*

***\*niewłaściwe skreślić.***

1. Zobowiązujemy się umieszczać na każdej fakturze **PRAWIDŁOWĄ** **nazwę Zamawiającego**, która brzmi: *Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów*, lub skróconą, która brzmi: *Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów.*

1. W przypadku wystąpienia niezależnych od Wykonawcy okoliczności skutkujących zwłoką w dostarczeniu zamówionego towaru, Wykonawca zobowiązuje się poinformować faksem Zamawiającego o niedostarczeniu zamówionego towaru przed terminem realizacji zamówienia pod nr tel./faksu: **tel. 506 384 301.**
2. Potwierdzamy spełnianie wymaganego warunku, aby dostarczony towar miał termin gwarancji oraz rękojmi - **12 miesiące** - licząc od dnia dostawy towaru do Zamawiającego.
3. Oświadczamy, że wzór umowy, stanowiący załącznik Nr 2 do zapytania cenowego, został przez nas zaakceptowany w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z załączonym wzorem umowy, a także ewentualnymi modyfikacjami, dopuszczeniami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
5. Oświadczamy, że dostawa towaru lub świadczenie usługi, oferowanych w ramach ww. postępowania o udzielenie zamówienia:

prowadzi**\*** / nie prowadzi**\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.

Niżej wymienione towary lub świadczone usługi, oferowane w ramach niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia prowadzą w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego: ...............................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

*\* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi oraz wskazać ich wartość bez kwoty podatku).*

*\*\*W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.*

1. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu – **DOTYCZY / NIE DOTYCZY\***

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 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* 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 –należy niepotrzebne skreślić

*W przypadku nie skreślenia żadnej z opcji, Zamawiający przyjmie, iż powyższe oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy*

1. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

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

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

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

Data Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy