**Załącznik nr 2**

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

 miejscowość, data

…………………………………..

…………………………………. **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

 nazwa/ pieczęć Wykonawcy **Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji**

 **w Białymstoku**

**im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego**

 **ul. Fabryczna 27, 15-471 Białystok**

**FORMULARZ OFERTOWO - CENOWY**

W związku z ogłoszonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego w formie zapytania ofertowego na:

1. Dostawa sprzętu do Poradni Ginekologicznej w ramach projektu pn. ,,Likwidacja barier dla osób z niepełnosprawnością w dostępie architektonicznym w SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego”, realizowanego w ramach programu ,,Dostępna przestrzeń publiczna”, dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

składam ofertę i podaję następujące informacje.

1. Dane dotyczące Wykonawcy:

Pełna nazwa Wykonawcy:………………………………………………………………………

Adres siedziby: …………………………………………………………………………………

KRS …………………………………………………………………………………………….

NIP: ……………………………………………………………………………………………..

REGON:…………………………………………………………..…………………………….

Telefon: ………………………………………………………….....………………………….

Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………

1. Oferuję realizację dostawy zgodnie z informacjami zawartymi w niniejszym formularzu.

**Uwaga: W przypadku, gdy Wykonawca składa ofertę nie na wszystkie pakiety, właściwe jest usunięcie z formularza ofertowo-cenowego informacji dotyczących pakietów,
do których Wykonawca nie przystępuje.**

**Pakiet nr 1 - Fotel ginekologiczny wraz z videokolposkopem i monitorem LCD - 1 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa pakietu | Ilość(w szt.) | Nazwa własna sprzętu, model | Producent | Wartość netto (w zł) | Stawka podatku VAT(w %) | Wartość podatku VAT(w zł) | WartośćBrutto(w zł) |
| Fotel ginekologiczny wraz z videokolposkopem i monitorem LCD – 1 szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |

**Pakiet nr 2 - Waga krzesełkowa z legalizacją – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa pakietu | Ilość(w szt.) | Nazwa własna sprzętu, model | Producent | Wartość netto (w zł) | Stawka podatku VAT(w %) | Wartość podatku VAT(w zł) | WartośćBrutto(w zł) |
| Waga krzesełkowa z legalizacją – 1 szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |

**Pakiet nr 3 - Leżanka z regulacją wysokości – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa pakietu | Ilość(w szt.) | Nazwa własna sprzętu, model | Producent | Wartość netto (w zł) | Stawka podatku VAT(w %) | Wartość podatku VAT(w zł) | WartośćBrutto(w zł) |
| Leżanka z regulacją wysokości – 1 szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |

**Pakiet nr 4 - Podnośnik mobilny – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa pakietu | Ilość(w szt.) | Nazwa własna sprzętu, model | Producent | Wartość netto (w zł) | Stawka podatku VAT(w %) | Wartość podatku VAT(w zł) | WartośćBrutto(w zł) |
| Podnośnik mobilny – 1 szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |

1. Termin realizacji zamówienia **maksymalnie do 8 tygodni od daty podpisania umowy.**
2. Warunki płatności: do 60 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury, na następujący numer rachunku bankowego: (Proszę wpisać numer rachunku bankowego) …………………………………………………………………
3. Projekt umowy – załącznik nr 3: Proszę zapoznać się z załączonym projektem umowy i potwierdzić wpisując „Akceptuję” …………………
4. Wszystkie dodatkowe koszty, w tym koszty transportu po stronie wykonawcy. Proszę potwierdzić wpisując „Akceptuję’’………………..
5. Okres gwarancji minimum 24 miesiące. Oferty z krótszym oferowanym okresem gwarancji będą odrzucane.
Proszę wpisać liczbę miesięcy oferowanego okresu gwarancji - ……… miesięcy.
6. Opis przedmiotu zamówienia – załącznik nr 1: Dołączyć do oferty uzupełniony załącznik nr 1.
7. Foldery katalogowe bądź inne dokumenty potwierdzające parametry techniczne zawarte w opisie przedmiotu zamówienia: Dołączyć do oferty.
8. Dołączyć do oferty kopie dokumentów potwierdzających dopuszczenie do obrotu i używania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zaoferowanych wyrobów medycznych.

Oświadczam, że zaoferowane wyroby medyczne, są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującą Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 07 kwietnia 2022 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 974 z późn. zm.).

1. Oświadczam, że wypełniliśmy 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. 2)
2. Uwagi/dodatkowe informacje: ................................................................................................................................................

…………........................................................... podpis osoby/osób upoważnionej/ ych

do reprezentacji Wykonawcy

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).

2) 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).