**Formularz ofertowy Wykonawcy**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

*............................................................................*

*............................................................................*

*(numer telefonu/faxu, adres poczty elektronicznej)*

**reprezentowany przez:**

………………………………………………………

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

***osoba do kontaktu:***

*...........................................................................*

***adres mailowy:***

*……………………………………………………..*

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie podejmujemy się zrealizowania zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ.

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia/zamówienie publiczne pn.: |
| **Dostawy drobnego sprzętu medycznego i środków ochrony indywidualnej** |

|  |
| --- |
| **Oferta realizacji przez Wykonawcę zamówienia w ramach ………… (\*) Pakietów, wg poniższego:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nr załącznika do SWZ** | **OFERTA WYKONAWCY (\*\*)** |
| **Kwota [cena] netto****zł** | **Kwota podatku VAT****zł** | **Kwota [cena] brutto****zł** | **Termin płatności**[30 dni lub45 dni lub60 dni] | **Termin realizacji dostawy**[od 2 do 4 dni roboczych] |
| Pakiet I | Załącznik nr 1.1 do SWZ |  |  |  |  |  |
| Pakiet II | Załącznik nr 1.2 do SWZ |  |  |  |  |  |
| Pakiet III | Załącznik nr 1.3 do SWZ  |  |  |  |  |  |
| Pakiet IV | Załącznik nr 1.4 do SWZ |  |  |  |  |  |
| Pakiet V | Załącznik nr 1.5 do SWZ |  |  |  |  |  |
| Pakiet VI | Załącznik nr 1.6 do SWZ |  |  |  |  |  |
| Pakiet VII | Załącznik nr 1.7 do SWZ |  |  |  |  |  |
| Pakiet VIII | Załącznik nr 1.8 do SWZ |  |  |  |  |  |
| Pakiet IX | Załącznik nr 1.9 do SWZ |  |  |  |  |  |
| Pakiet X | Załącznik nr 1.10 do SWZ |  |  |  |  |  |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy:**

- dla Pakietów I – IV – 12 miesięcy licząc od dnia 16.05.2021r.

- dla Pakietów V – X – 8 miesięcy licząc od dnia zawarcia umowy.

**Jednocześnie Wykonawca, którego reprezentuje:**

1) Oświadcza, że zapoznał się z warunkami określonymi w treści SWZ oraz jej załączników i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje warunki w nich zawarte w całości.

2) Oświadcza, że zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosi do niego zastrzeżeń.

3) Oświadcza, że ujął w złożonej ofercie wszystkie elementy i koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia. Cena ryczałtowa brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

4) Oświadcza, że związany jest niniejszą ofertą do dnia wskazanego przez Zamawiającego w SWZ.

5) Akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone w następujący sposób:

*Zapłata wynagrodzenia należnego Wykonawcy za realizację dostawy częściowej nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy. Zamawiający dokona zapłaty wynagrodzenia w terminie zadeklarowanym przez Wykonawcę, licząc dni od dnia otrzymania faktury od Wykonawcy.*

6) Zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7) Oświadcza, że:

**MIKROPRZEDSIĘBIORSTWEM / MAŁYM PRZEDSIĘBIORSTWEM / ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWEM / ŻADNYM Z POWYŻSZYCH (\*\*\*)**

**Dane do umowy (\*\*\*\*)**

|  |
| --- |
| **Osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:** |
| Imię i nazwisko | Stanowisko |
|  |  |
| **Osoba/y odpowiedzialna/e za realizację umowy ze strony Wykonawcy:** |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | Nr telefonu/ e-mail |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą, zarejestrowany we właściwym dla Wykonawcy Urzędzie Skarbowym:** |
| Nazwa i adres banku | Nr rachunku |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(\*) Uzupełnić – na ile Wykonawca pakietów składa ofertę.*

*(\*\*) Uzupełnić:*

*- cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - po sporządzeniu Formularza/y cenowego/ych – załączniki nr 1.1 – 1.10 do SWZ. Formularz/e cenowy/e stanowi/ą załączniki do niniejszego Formularza ofertowego.*

*- termin płatności - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin płatności: 30 dni, lub 45 dni, lub 60 dni liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej dostawę. Minimalny wymagany przez Zamawiającego termin płatności wynosi 30 dni, liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury, potwierdzającej wykonanie dostawy. Brak informacji o wyborze terminu płatności w Formularzu ofertowym oznacza, że Wykonawca zaoferował 30 dniowy termin płatności.*

*- termin realizacji dostawy – Wykonawca może zaoferować termin realizacji dostawy poszczególnego zamówienia cząstkowego w ramach danego Pakietu wynoszący od 2 dni roboczych do 4 dni roboczych, licząc od dnia złożenia zamówienia cząstkowego. Maksymalny dopuszczony przez Zamawiającego termin dostawy zamówienia cząstkowego wynosi 5 dni roboczych, liczonych od dnia złożenia zamówienia cząstkowego. Brak informacji o wyborze terminu realizacji dostawy w niniejszym Formularzu oznacza, że Wykonawca zaoferował 5 dniowy (dni robocze) termin realizacji zamówienia cząstkowego licząc od dnia jego złożenia.*

*(\*\*\*) Niepotrzebne skreślić.*

*(\*\*\*\*) Uzupełnić.*