**Załącznik nr 2 do SWZ**

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

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

REGON: ....................................................

KRS/CEDIG …………………………………, jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać stronę rejestru: ............................................................................................

Nr telefonu: ....................................................

Adres email ....................................................

Adres strony internetowej (jeżeli dotyczy) ....................................................

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy

(imię, nazwisko, funkcja):

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

**Rodzaj wykonawcy**

Mikroprzedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Małe przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Średnie przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Jednoosobowa działalność gospodarcza - TAK/NIE\*

Osoba fizyczna nieprowadząca działalność gospodarczą - TAK/NIE\*

Inny rodzaj - TAK/NIE\*

**OFERTA WYKONAWCY**

1. Oferujemy dostawę densytometru rentgenowskiego do Przychodni 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie o parametrach określonych w załączniku nr 1 SWZ za cenę:

**Netto:** .........................................................................................................................................................................

(słownie: ........................................................................................................................................................................)

**VAT:** ........................................................................................................................................................................

(słownie: ........................................................................................................................................................................)

**Brutto:** .........................................................................................................................................................................

(słownie: ........................................................................................................................................................................)

1. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktury wynikający z projektowanych postanowień umowy, który nie może być krótszy niż 60 dni.
2. Wykonawca oświadcza, że dostawa, montaż i uruchomienie sprzętu nastąpi w okresie od 29 października 2024 do maksymalnie 25 listopada 2024 r*.*
3. Oświadczamy, że wraz z dostawą sprzętu dostarczymy instrukcję obsługi w języku polskim wraz   
   z paszportem technicznym do odnotowywania przeglądów i napraw.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
6. Oświadczamy, że zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia projektowane postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Wykonawca udziela gwarancji na oferowany sprzęt medyczny na okres …………….. m-cy od daty wykonania przedmiotu umowy. /Warunek Zamawiającego – min. 24 miesięcy/.

*W przypadku braku wskazania przez Wykonawcę okresu gwarancji, Zamawiający przyjmie min. 24 miesięczny okres gwarancji.*

1. Oświadczamy, że w okresie trwania gwarancji zapewnimy bezpłatnie wymagane przeglądy techniczne urządzenia i legalizacje zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, w tym nieodpłatne przeglądy gwarancyjne zgodnie z zaleceniami producenta:

- ostatni przegląd ma być wykonany w okresie 15 dni przed upływem okresu gwarancji.

1. Do oferty załączamy wykaz adresów serwisu sprzętu medycznego do realizacji obsługi pogwarancyjnej oraz wykaz wymaganych środków dezynfekcyjnych.
2. Przedstawicielem Wykonawcy – koordynatorem uprawnionym do kontaktu z Zamawiającym w sprawach związanych   
   z realizacją zamówienia jest………………………………………, tel. ………………………………….….., email…………
3. E-mail/ fax , na który będą przesyłane zgłoszenia awarii ………………………….
4. Wykonawca oświadcza, że wybór jego oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*/ wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, poniżej wskazuje nazwę (rodzaj) towaru, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku ……….\*
5. [nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom]:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa części zamówienia/nazwa podwykonawcy** |
|  |  |
|  |  |

*W przypadku braku zaznaczenia punktu 14 Zamawiający przyjmie, że Wykonawca wykona przedmiot zamówienia samodzielnie.*

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

\* 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 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Wypełnione i podpisane załączniki: 1, 3 do niniejszej SWZ.

**„*Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym ”***

*\* niepotrzebne skreślić*