**Załącznik nr 1**

**Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO:**

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli

37 – 450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4

**FORMULARZ OFERTY - wzór**

**Nazwa przedmiotu zamówienia: „Dostawa środków ochrony osobistej na potrzeby Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli”**

**1. DANE WYKONAWCY:**

Nazwa: .............................................................................................................................................

Adres:………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

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

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

KRS/CEiDG: ……………………………………………………………………………………....

fax /tel.…………………........………………………………………………………………………

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

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): …………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

Osoba odpowiedzialna za kontakt z Zamawiającym: ……………………………………………

2. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami i na zasadach zawartych w zapytaniu ofertowym, zgodnie z formularzem cenowym:

|  |
| --- |
| Zadanie nr 1– Rękawice nitrylowe  za łączną wartość netto: ............................ PLN, za łączną wartość brutto: ..............................PLN  słownie: ................................................................................................... PLN brutto |
| Zadanie nr 2– Półmaski FFP2  za łączną wartość netto: ............................ PLN, za łączną wartość brutto: ..............................PLN  słownie: ................................................................................................... PLN brutto |
| Zadanie nr 3– Półmaski FFP3  za łączną wartość netto: ............................ PLN, za łączną wartość brutto: ..............................PLN  słownie: ................................................................................................... PLN brutto |
| Zadanie nr 4– Fartuchy jednorazowe włókninowe/flizelinowe  za łączną wartość netto: ............................ PLN, za łączną wartość brutto: ..............................PLN  słownie: ................................................................................................... PLN brutto |
| Zadanie nr 5– Fartuchy chirurgiczne barierowe  za łączną wartość netto: ............................ PLN, za łączną wartość brutto: ..............................PLN  słownie: ................................................................................................... PLN brutto |
| Zadanie nr 6– Ubranie operacyjne (spodnie i bluza)  za łączną wartość netto: ............................ PLN, za łączną wartość brutto: ..............................PLN  słownie: ................................................................................................... PLN brutto |

**3. TERMINY:**

**A) TERMIN WYKONANIA:**

Dostawy objęte zamówieniem zamierzamy realizować w terminie **3 - 4 dni roboczych** (od poniedziałku do piątku), tj. ……….. dni roboczych od chwili złożenia zamówienia

W przypadkach pilnych – dostawa w ciągu **48 - 96 godz.** tj. ………… godz. od chwili zgłoszenia potrzeby.

**B) ROZPOZNANIA REKLAMACJI:**

Termin rozpoznania reklamacji **7- 14 dni kalendarzowych**, tj............ dni kalendarzowych od chwili zgłoszenia.

**4. Oświadczam, że:**

1. Oświadczam(y), że moja oferta spełnia wszystkie wymagania i warunki określone w zapytaniu ofertowym.

2. Oświadczam(y), że w cenie mojej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia,

3. Oświadczam(y), że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte,

4. Oświadczam(y), że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert.

5. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w zapytaniu, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego

6. Oświadczam(y), że akceptujemy termin płatności 60 dni licząc, od daty zrealizowania dostawy, którego ta opłata dotyczy.

7. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia oferty (art. 297 k.k.). Jednocześnie stwierdzamy, że jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, art. 233 §2, art. 297 § 1 ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2018r. poz. 1600 z późn. zm.).

8. Oświadczam(y), że oferowany przedmiot zamówienia jest nowy, nieużytkowany, jest wolny od wad fizycznych i prawnych.

9. Oświadczam, że oferowany asortyment spełnienia wymagania określone przez Zamawiającego w formularzu cenowym – opisie przedmiotu zamówienia.

10. Oświadczam(y), że oferowany w ramach w/w postępowania przedmiot zamówienia posiada pozwolenie na dopuszczenie do obrotu i odpowiada wymaganiom określonym w Ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020r. poz. 186)- jeżeli dotyczy

11. W sprawie wystawiania i przesyłania do Zamawiającego faktury elektronicznej:

Zamawiający informuje, że korzysta Platformy Elektronicznego Fakturowania Infinite.pl

Nazwa skrzynki: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli

Adres: Staszica 4, 37 – 450 Stalowa Wola PL

Skrócona nazwa skrzynki: Szpital – Stalowa Wola

Typ/ Numer PEPPOL: NIP 8652075413

12. 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.\*

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 RODO treści oświadczenia**

................................. (miejscowość), dn. .............. ..............................................

podpisy i pieczęcie osób upoważnionych

do reprezentowania Wykonawcy