Wypełniony należy złożyć do oferty.

**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**

dla zamówienia publicznego o wartości mniejszej niż równowartość kwoty 130 000 złotych

**Nazwa przedmiotu zamówienia: Dostawa odzieży ochronnej roboczej dla personelu medycznego**

**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:

za łączną wartość netto: .................................. PLN brutto: ..............................PLN

słownie: ....................................................................................................... PLN brutto

zgodnie z formularzem cenowym.

**3. TERMINY:**

**A) TERMIN WYKONANIA:**

Dostawa objęta zamówieniem dostarczona będzie w trzech partiach, w terminie nie dłuższym niż 20 dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia , tj. ……………….dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia.

**B) WARUNKI GWARANCJI:**

Na dostarczany przedmiot umowy Wykonawca udziela Zamawiającemu gwarancji na okres min.1 rok tj. …............................. co do jakości, która biegnie od chwili jego dostarczenia i potwierdzenia odbioru .

**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. 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

8. Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia jest nowy, nieużytkowany, jest wolny od wad fizycznych i prawnych .

9. 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