**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

Nazwa i siedziba Wykonawcy

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

..................................................................................................................................................... Nr telefonu, faxu .....................................................................................................................................

Regon:......................................................................... NIP:....................................................................

Województwo............................................................... Powiat.................................................................

Internet: http://............................................................ e-mail:..........................@...................................

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE**

 **16-300 Augustów , UL Szpitalna 12**

Nawiązując do ogłoszenia z dnia ........……………...r. zamieszczonego w Biuletynie Zamówień Publicznych Nr ......................... o przetargu nieograniczonym – nr sprawy – 8/ZP/2019 na Dostawę aparatury medycznej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie w ramach projektu „Współpraca transgraniczna instytucji ochrony zdrowia w zakresie praw pacjenta i jakości usług” numer projektu LT-PL-3R-245.

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, tj. **DOSTAWA APARTURY MEDYCZNEJ DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE W RAMACH PROJEKTU „WSPÓŁPRACA TRANSGRANICZNA INSTYTUCJI OCHRONY ZDROWIA W ZAKRESIE PRAW PACJENTA I JAKOŚCI USŁUG” NUMER PROJEKTU LT – PL – 3R – 245**

Część nr 1\*(Wykonawca wykreśla część, na którą nie składa oferty)

a) cena brutto ( wraz z podatkiem VAT ):........................................................... złotych; słownie:..........................................................................................................złotych,

netto: ........................................................................złotych

słownie : .......................................................................................... złotych

podatek vat: ………………………………………

b) Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………

c) Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania

w tym:

1)Videoduodenoskop zabiegowy HDTV - ……………………….. zł brutto,

słownie:..........................................................................................................złotych,

netto: ........................................................................złotych

słownie : .......................................................................................... złotych

podatek vat: ………………………………………

2)Tor wizyjny HDTV videoduodenoskopu - ………………………………… zł brutto,

słownie:..........................................................................................................złotych,

netto: ........................................................................złotych

słownie : .......................................................................................... złotych

podatek vat: ………………………………………

3)System do archiwizacji badań - ……………………………. zł brutto,

słownie:..........................................................................................................złotych,

netto: ........................................................................złotych

słownie : .......................................................................................... złotych

podatek vat: ………………………………………

4)Automatyczna myjnia endoskopowa - ……………………………………… zł brutto.,

słownie:..........................................................................................................złotych,

netto: ........................................................................złotych

słownie : .......................................................................................... złotych

podatek vat: ………………………………………

Część nr 2\*(Wykonawca wykreśla część, na którą nie składa oferty)

Aparat RTG z ramieniem C generator min 2 kW anoda wzmacniacz 9 cali wózek z monitorami

a)cena brutto ( wraz z podatkiem VAT ):........................................................... złotych; słownie:..........................................................................................................złotych,

netto: ........................................................................złotych

słownie : .......................................................................................... złotych

podatek vat: ………………………………………

**b) Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………**

**c) Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania**

Część nr 3\*(Wykonawca wykreśla część, na którą nie składa oferty)

Przezierny stół zabiegowy

Cena brutto ( wraz z podatkiem VAT ):........................................................... złotych; słownie:..........................................................................................................złotych,

netto: ........................................................................złotych

słownie : .......................................................................................... złotych

podatek vat: ………………………………………

b) Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………

c) Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania

Część nr 4\*

Zestaw do zabiegów ECPW

**Cena brutto ( wraz z podatkiem VAT ):........................................................... złotych;**

słownie:..........................................................................................................złotych,

netto: ........................................................................złotych

słownie : .......................................................................................... złotych

podatek vat: ………………………………………

b) Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ………………

c) Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania

1. Zobowiązujemy się wykonać zamówienie w terminie i na warunkach wymaganych przez Zamawiającego, określonych w SIWZ.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia oraz z istotnymi postanowieniami umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że istotne postanowienia umowy, określone w załączniku nr 4 do SIWZ, zostały przez nas zaakceptowane w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
5. Oferta została złożona na ……………………………….. zapisanych stronach podpisanych, zaparafowanych i kolejno ponumerowanych od nr ….....……… do nr ……………….. .
6. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od .................... do ……………….. stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnodostępne.
7. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników )

9. Oświadczamy, że :

[ ]  wybór oferty nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u zamawiającego

[ ]  wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u zamawiającego :

Wskazać nazwę (rodzaj) towaru dla, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania (wskazać wartość podatku) ………………………………………….

10. Oświadczamy, 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.

**[ ]** obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODOw przedmiotowym postępowaniu nas nie dotyczą.

11. Oświadczamy, że załączone do specyfikacji istotnych warunków zamówienia wymagania
 stawiane wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez
 zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w
 miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

12. Informujemy, że :

[ ]  dokumenty, oświadczenia *( wymienić jakie )* : ………………………………………………………

dostępne są na stronie *(podać adres strony internetowej ) : ……………………………………….*

[ ]  dokumenty, oświadczenia *( wymienić jakie )* : ………………………………………………………

dostępne są w dokumentacji przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr *(podać numer postępowania ) : ……………………………………….*

**Osoby do kontaktów z Zamawiającym:**

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

.......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .....tel. kontaktowy……. mail: .......... .......... ....

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

.......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .....tel. kontaktowy……mail, : .......... ..........

 **Zastrzeżenie Wykonawcy:**

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

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

Inne informacje Wykonawcy:

…………………………………………………………………………………………………

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

 Data Podpis upoważnionego przedstawiciela

*pieczęć wykonawcy /*