Numer referencyjny postępowania:

**DZP/APT/20/2025**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

# **FORMULARZ OFERTY**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie Zamówienia prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r.– Prawo zamówień publicznych, na zadanie pod nazwą: ***„Dostawa materiałów do sterylizacji”***

my niżej podpisani:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca nr 1** | |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| *Ulica* |  |
| *Kod pocztowy* |  |
| *Miasto* |  |
| *Województwo* |  |
| *Kraj* |  |
| *adres email (do kontaktów z Zamawiającym)* |  |
| *KRS (wpisać ciągiem znaków, bez spacji, myślników, etc)* |  |
| *NIP (wpisać ciągiem znaków, bez spacji, myślników, etc)* |  |
| *REGON (wpisać ciągiem znaków, bez spacji, myślników, etc)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca nr 2\*** | |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| *Ulica* |  |
| *Kod pocztowy* |  |
| *Miasto* |  |
| *Województwo* |  |
| *Kraj* |  |
| *adres email (do kontaktów z Zamawiającym)* |  |
| *KRS (wpisać ciągiem znaków, bez spacji, myślników, etc)* |  |
| *NIP (wpisać ciągiem znaków, bez spacji, myślników, etc)* |  |
| *REGON (wpisać ciągiem znaków, bez spacji, myślników, etc)* |  |

\* nie potrzebne skreślić lub powielić w przypadku większej liczby Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie Zamówienia

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełnomocnik\*\* do reprezentowania Wykonawców ubiegających się wspólnie  o udzielenie Zamówienia (Lider Konsorcjum)** | |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| *Ulica* |  |
| *Kod pocztowy* |  |
| *Miasto* |  |
| *Województwo* |  |
| *Kraj* |  |
| *adres email (do kontaktów z Zamawiającym)* |  |
| *KRS (wpisać ciągiem znaków, bez spacji, myślników, etc)* |  |
| *NIP (wpisać ciągiem znaków, bez spacji, myślników, etc)* |  |
| *REGON (wpisać ciągiem znaków, bez spacji, myślników, etc)* |  |

\*\* wypełniają jedynie Wykonawcy wspólne ubiegający się o udzielenie Zamówienia (spółki cywilne lub konsorcja)

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie Przedmiotu Zamówienia zgodnie z SWZ.
2. **Oświadczamy,** że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami.
3. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy stanowiącymi załącznik do SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** wykonać zamówienie w terminie wskazanym w SWZ.
5. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu Zamówienia na:

**Część nr 1: Opakowania sterylizacyjne- kombinacja włóknin, włóknina sterylizacyjna**

**niebieska, taśmy do zamykania pakietów**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO ……………………...…PLN**

**w tym:**

**WARTOŚĆ BRUTTO (zamówienie podstawowe)………………………...………PLN**

**WARTOŚĆ BRUTTO (prawo opcji) ……………………………………………….PLN**

zgodnie ze złożonym Formularzem asortymentowo- cenowym

**TERMIN DOSTAWY (max. 4 dni robocze) …………. DNI ROBOCZE**

**Część nr 2: Wskaźniki biologiczne do kontroli sterylizacji parą wodną**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO ……………………...…PLN**

**w tym:**

**WARTOŚĆ BRUTTO (zamówienie podstawowe)………………………...………PLN**

**WARTOŚĆ BRUTTO (prawo opcji) ……………………………………………….PLN**

zgodnie ze złożonym Formularzem asortymentowo- cenowym

**TERMIN DOSTAWY (max. 4 dni robocze) …………. DNI ROBOCZE**

**Część nr 3: Tabliczki do tac narzędziowych**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO ……………………...…PLN**

**w tym:**

**WARTOŚĆ BRUTTO (zamówienie podstawowe)………………………...………PLN**

**WARTOŚĆ BRUTTO (prawo opcji) ……………………………………………….PLN**

zgodnie ze złożonym Formularzem asortymentowo- cenowym

**TERMIN DOSTAWY (max. 4 dni robocze) …………. DNI ROBOCZE**

**Część nr 4: Plomby, etykiety do kontenerów sterylizacyjnych**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO ……………………...…PLN**

**w tym:**

**WARTOŚĆ BRUTTO (zamówienie podstawowe)………………………...………PLN**

**WARTOŚĆ BRUTTO (prawo opcji) ……………………………………………….PLN**

zgodnie ze złożonym Formularzem asortymentowo- cenowym

**TERMIN DOSTAWY (max. 4 dni robocze) …………. DNI ROBOCZE**

**Część nr 5: Czyściki do narzędzi kanałowych**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO ……………………...…PLN**

**w tym:**

**WARTOŚĆ BRUTTO (zamówienie podstawowe)………………………...………PLN**

**WARTOŚĆ BRUTTO (prawo opcji) ……………………………………………….PLN**

zgodnie ze złożonym Formularzem asortymentowo- cenowym

**TERMIN DOSTAWY (max. 4 dni robocze) …………. DNI ROBOCZE**

**Część nr 6: Pojemniki, koszyki do mycia narzędzi mikrochirurgicznych, drutów**

**Kirschnera i drobnych elementów instrumentarium**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO ……………………...…PLN**

**w tym:**

**WARTOŚĆ BRUTTO (zamówienie podstawowe)………………………...………PLN**

**WARTOŚĆ BRUTTO (prawo opcji) ……………………………………………….PLN**

zgodnie ze złożonym Formularzem asortymentowo- cenowym

**TERMIN DOSTAWY (max. 4 dni robocze) …………. DNI ROBOCZE**

**Część nr 7: Ręczniki do narzędzi chirurgicznych**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO ……………………...…PLN**

**w tym:**

**WARTOŚĆ BRUTTO (zamówienie podstawowe)………………………...………PLN**

**WARTOŚĆ BRUTTO (prawo opcji) ……………………………………………….PLN**

zgodnie ze złożonym Formularzem asortymentowo- cenowym

**TERMIN DOSTAWY (max. 4 dni robocze) …………. DNI ROBOCZE**

**Część nr 8: Testy do kontroli pozostałości protein lub hemoglobiny.**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO ……………………...…PLN**

**w tym:**

**WARTOŚĆ BRUTTO (zamówienie podstawowe)………………………...………PLN**

**WARTOŚĆ BRUTTO (prawo opcji) ……………………………………………….PLN**

zgodnie ze złożonym Formularzem asortymentowo- cenowym

**TERMIN DOSTAWY (max. 4 dni robocze) …………. DNI ROBOCZE**

1. **DANE WYKONAWCY potrzebne do realizacji zamówienia:**

Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia:……………………….............................

Adres e-mail do składania zamówienia: …………………...................................................

Nr telefonu do składania zamówienia: ………………….....................................................

Adres e-mail do składania ewentualnych awarii / reklamacji: ..………….………..............

Nr telefonu do składania ewentualnych reklamacji: …………………........................

Adres e-mail do przesyłania not obciążeniowych, kompensat oraz potwierdzenia sald: ………………………………………………………………………………………………

1. **OŚWIADCZAMY,** że do regulowania należności z tytułu realizacji zamówienia wskazujemy następujący numer **KONTA BANKOWEGO**:

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

1. **WARUNKI PŁATNOŚCI** zostały określone w Projektowanych Postanowieniach Umowy, stanowiących załącznik do SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani ofertą do upływy terminu wskazanego w SWZ.
3. **OSOBĄ** upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest:

……………………………………………………… tel. …………………………………………

1. **OŚWIADCZAMY,** że następujące dokumenty zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane (\*wypełnić, jeśli dotyczy): …………………………………………………………
2. **Informujemy**, że wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \**Tabelę wypełniają* ***wyłącznie*** *Wykonawcy, których wybór oferty prowadziłby   
   u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego, tj. kiedy zgodnie z przepisami ustawy   
   o podatku od towarów i usług to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego | Wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku | Stawka podatku od towarów  i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie |
|  |  |  |

1. Stosownie do § 13 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia   
   23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów   
   lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od Wykonawcy oraz w związku   
   z art. 127 ust. 2 ustawy Pzp:
   * + 1. wskazujemy adresy internetowe ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, z których Zamawiający pobierze wymagane dokumenty *(\*należy wskazać dokumenty oraz adresy internetowe baz danych): .....................……………………………………………………………*
       2. oświadczamy, że następujące wymagane oświadczenia lub dokumenty dostarczono Zamawiającemu w poprzednich postępowaniach o udzielenie zamówienia oraz potwierdzamy ich aktualność *(\*należy wskazać oświadczenia lub dokumenty oraz nazwę   
          i numer postępowania):* ………………………………………………………………….……
2. Dostawę objętą zamówieniem zamierzamy wykonać **samodzielnie\* – przy udziale Podwykonawców\*** *(\*niepotrzebne skreślić)*

*Wypełnić poniższą tabelę w przypadku wykonania zamówienia przez Podwykonawców.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numer części** | **Część zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć Podwykonawcom** | **Nazwy ewentualnych Podwykonawców,  jeżeli są już znani** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |

Powierzenie wykonania części zamówienia Podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy   
z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

1. **OŚWIADCZAMY**, że brak wskazania, w ofercie części zamówienia, rozumiane ma być jako wykonanie zamówienia bez udziału Podwykonawców.
2. **OTRZYMALIŚMY** konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. **OŚWIADCZAMY**, że zaoferowany przedmiot zamówienia jest **oznakowany znakiem CE (jeśli dotyczy)**.
4. **OŚWIADCZAMY*,* że posiadamy dokument stwierdzający (jeśli dotyczy):**

-zgłoszenie wyrobu medycznego do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (dla wytwórców i autoryzowanych przedstawicieli),

lub

-powiadomienie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych   
i Produktów Biobójczych o wprowadzeniu wyrobu medycznego do używania (dla dystrybutorów   
i importerów),

-dopuszczenie zaoferowanego wyrobu medycznego do obrotu i używania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z wymogami Ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych, Dyrektywą Unii Europejskiej 93/42/EWG z dnia 14 czerwca 1993 r.   
oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r.   
w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE)   
nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektywy Rady 90/385/EWG   
i 93/42/EWG.

1. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)\*
2. **RODZAJ Wykonawcy**[[3]](#footnote-3)**:**

**☐** Mikroprzedsiębiorstwo

**☐** Małe przedsiębiorstwo

**☐** Średnie przedsiębiorstwo

**☐** Jednoosobowa działalność gospodarcza,

**☐** Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

**☐** Inny rodzaj

*Dokument podpisany elektronicznie*

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). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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). [↑](#footnote-ref-2)
3. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   **Mikroprzedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej, niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   **Małe przedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej, niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   **Średnie przedsiębiorstwa**: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-3)