Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

(nazwa i siedziba Wykonawcy)

**Do**

**Regionalnego Szpitala Specjalistycznego**

**im. dr. Władysława Biegańskiego**

**w Grudziądzu**

**Znak sprawy: Z/22/PN/25**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Nazwa Wykonawcy:** |  |
| **2** | **Osoba reprezentująca Wykonawcę, upoważniona:** | ……………………………………………………………  na podstawie: ………………………………………………  w załączeniu pełnomocnictwo – o ile dotyczy |
| **3** | **Adres:** |  |
| **4** | **Adres do korespondencji**  */jeżeli jest inny niż powyżej wskazany/* |  |
| **5** | **Województwo:** |  |
| **6** | **Numer telefonu:** |  |
| **7** | **Adres e-mail:** |  |
| **8** | **Nr identyfikacji podatkowej (NIP):** |  |
| **9** | **Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?**  **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**. | **[……] Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem**  **[……] Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem**  **[……] Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem**  /należy zaznaczyć właściwą odpowiedź/ |
| **10** | **Czy Wykonawca pochodzi z innego Państwa członkowskiego Unii Europejskiej?** | **[……] TAK**    **[…….] NIE**  Jeżeli **TAK** proszę podać skrót literowy nazwy państwa: …………………… |
| **11.** | **Czy Wykonawca pochodzi z innego Państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej?** | **[……] TAK**  **[…….] NIE**  Jeżeli TAK proszę podać skrót literowy nazwy państwa: …………………… |
| **12** | **Czy oferta zawiera lub wraz z ofertą załączono dokumenty - informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji?** | **[……] TAK**    **[…….] NIE**  Jeżeli **TAK** proszę podać:  Informacje / dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa załączone w odrębnym pliku:  ……………………………………… |
| **13** | **Czy Wykonawca powierza wykonanie części zamówienia podwykonawcy?** | **[……] TAK**  **[…….] NIE** |
| **14** | **Wykonawca oświadcza, że wszystkie podane informacje są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.** | **[……] TAK**    **[…….] NIE** |

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawy obłożeń chirurgicznych na okres 24 miesięcy***,*opublikowanego w Dzienniku Urzędowym UE przedkładamy następującą ofertę:

1. Oferujemy zrealizowanie przedmiotu zamówienia za **cenę**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena**  **oferty ogółem netto** | | **Cena**  **oferty ogółem brutto** | |
| **Zadanie 1:**  **Dostawy zestawów do operacji laryngologicznych i dostawy zestawów do zabiegów kardiochirurgicznych** |  | |  | |
| **Zadanie 2:**  **Dostawy taśm, nabojów, testów, wskaźników do sterylizacji, osłonek, tub PCD, etykiet, folii, filtrów oraz identyfikatorów do kontenerów do sterylizacji;** |  | |  | |
| **Zadanie 3:**  **Dostawy rolek celulozowych niepodfoliowanych** |  | |  | |
| **Zadanie 4:**  **Dostawy obłożeń pola operacyjnego- sterylne zestawy noworodkowe** |  | |  | |
| **Zadanie 5:**  **Dostawy obłożeń do zabiegów- zestawy ginekologiczne** |  | |  | |
| **Zadanie 6:**  **Dostawy zestawów obłożeń do przezskórnej litotrypsji (PCNL)** |  | |  | |
| **Zadanie 7:**  **Dostawy obłożeń pola operacyjnego - zestawy uniwersalne** |  | |  | |
| **Zadanie 8:**  **Dostawy obłożeń pola operacyjnego – zestawy do operacji przezcewkowych (TUR)** |  | |  | |
| **Zadanie 9:**  **Dostawy zestawów do szycia poporodowego** |  | |  | |
| **Zadanie 10:**  **Dostawy obłożeń pola operacyjnego – zestawy pediatryczne** |  | |  | |
| **Zadanie 11:**  **Dostawy obłożeń pola operacyjnego – zestawy do operacji oka** |  | |  | |
| **Zadanie 12:**  **Dostawy kompresów jałowych z nitką rtg i jałowych opatrunków samoprzylepnych z wkładem chłonnym** |  | |  | |
| **Zadanie 13:**  **Dostawy zestawów do cesarskiego cięcia** |  | |  | |
| **Zadanie 14:**  **Dostawy zestawów do porodu** |  | |  | |
| **Zadanie 15:**  **Dostawy zestawów zabiegowych** |  | |  | |
| **Zadanie 16:**  **Dostawy zestawów zabiegowych** |  | |  | |
| **Zadanie 17:**  **Dostawy zestawów do zabiegów bariatrycznych** |  | |  | |
| **Zadanie 18:**  **Dostawy zestawów zabiegowych** |  | |  | |
| **Zadanie 19:**  **Dostawy zestawów obłożeń do operacji biodra** |  | |  | |
| **Zadanie 20:**  **Dostawy zestawów obłożeń do operacji kończyny II** |  | |  | |
| **Zadanie 21:**  **Dostawy zestawów obłożeń do kraniotomii i pojedynczych zestawów folii poliuretanowej na rany** |  | |  | |
| **Zadanie 22:**  **Dostawy zestawów obłożeń do artroskopii kolana** |  | |  | |
| **Zadanie 23:**  **Dostawy zestawów obłożeń pola operacyjnego – brzuszno-kroczowy** |  | |  | |
| **Zadanie 24:**  **Dostawy sterylnych płytek silikonowych do zabiegów otolaryngologicznych** |  | |  | |
| **Zadanie 25:**  **Dostawy podkładów wiskozowych do elektrod** |  | |  | |
| **Zadanie 26:**  **Dostawy fartuchów chirurgicznych** | |  | |  | |
| **Zadanie 27:**  **Dostawy tamponad nosowych** | |  | |  | |
| **Zadanie 28:**  **Dostawy prześcieradeł do transportu pacjenta** | |  | |  | |
| **Zadanie 29:**  **Dostawy zsetawów obłożeń do histeroskopii** | |  | |  | |
| **Zadanie 30:**  **Dostawy zestawów obłożeń zabiegowych dla Pracowni Elektroterapii i Elektrofizjologii** | |  | |  | |
| **Zadanie 31:**  **Dostawy zestawów obłożeń zabiegowych dla Pracowni Elektroterapii i Elektrofizjologii** | |  | |  | |
| **Zadanie 32:**  **Dostawy zestawów obłożeń zabiegowych dla Pracowni Elektroterapii i Elektrofizjologii** | |  | |  | |
| **Zadanie 33:**  **Dostawy podkładów chłonnych, przeciwodleżynowych** | |  | |  | |
| **Zadanie 34:**  **Dostawy chirurgicznych folii bakteriobójczej** | |  | |  | |
| **Zadanie 35:**  **Dostawy zestawów endowaskularnych** | |  | |  | |
| **Zadanie 36:**  **Dostawy zestawów do zabiegów laryngologicznych** | |  | |  | |
| **Zadanie 37:**  **Dostawy prześcieradeł** | |  | |  | |

zgodnie z wypełnionym formularzem cenowym stanowiącym Załącznik nr 2 do SWZ, a także   
z modyfikacjami i wyjaśnieniami zamieszczonymi przez Zamawiającego na stronie dotyczącej danego postępowania.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że zawarte w Rozdziale XIX SWZ projektowane postanowienia umowy, stanowiące Załącznik nr 4 do SWZ zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych warunkach.
3. 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 wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

**Załącznikami do niniejszej oferty są wymagane dokumenty opisane w Rozdziale IX SWZ.**