**COZL/DZP/ED/3411/PN-2/25**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

.................................. dnia .......................

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy: ...................................................................................................................

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

Adres Wykonawcy: .....................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Powiat ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Województwo ………………………………………………………………………………………………………………………..

REGON …………………..……….. NIP …….....……............………

KRS/CEIDG…………………..…znajdujący się na stronie (adres strony internetowej)…………………..

Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym w sprawie przedmiotu zamówienia:

……………………………………………………………….....…………………..........……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*/imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail/*

przystępując do prowadzonego przez Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli przetargu nieograniczonego na **dostawę rezonansu magnetycznego 1,5T ze strzykawką oraz aparatu anestezjologicznego do MRI w ramach projektu pn. „Wsparcie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej oraz leczenia w trybie jednodniowym w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli poprzez zakup sprzętu medycznego i aparatury medycznej w celu osiągnięcia pełnej funkcjonalności i zabezpieczenia pełnoprofilowej, wysokospecjalistycznej diagnostyki i leczenia Pacjentów onkologicznych."** (**COZL/DZP/ED/3411/PN-2/25)**

**(***tytuł postępowania przetargowego oraz sygnatura***)**

Składam/y niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia i:

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/ liśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, zamieszczonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z załącznikami i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oferuję/oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach przedstawionych w niniejszej ofercie za cenę:

**Część 1 - Rezonans magnetyczny 1,5T ze strzykawką**

1. Dostawa nowego rezonansu magnetycznego 1,5T ze strzykawką

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym SWZ na następujących zasadach:

Model/ producent/ kraj pochodzenia……………………………………………………………

Data produkcji……………….(wyprodukowany nie wcześniej niż w 2025 r.).

**Wartość bez podatku VAT** ……....... zł

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

**Wartość VAT** …....... %

**Wartość brutto**……………….zł

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

**b)** Deinstalacja posiadanego rezonansu magnetycznego i adaptacja pomieszczenia

**Wartość bez podatku VAT** ……....... zł

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

**Wartość VAT** …....... %

**Wartość brutto**……………….zł

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

**Razem brutto (pkt. a + b) ……………………….**

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2.1 do SWZ.

**Termin realizacji przedmiotu umowy**

Dostawa nastąpi w nieprzekraczalnym terminie **do 13/ 12/ 11 tygodni** od dnia podpisania umowy.

*(niepotrzebne skreślić)*

**c)** Cena ofertowa odkupu starego rezonansu:

Niniejszym oferuję odkup posiadanego rezonansu używanego obecnie w COZL, producent: Philips Medical Systems, typ/model: MRI Philips Achieva 1,5T Pulsar HP+, sn:32721,  instalacja grudzień 2010, za cenę ofertową w wysokości ( nie mniejszej niż 300 000 zł):

**CENA OFERTOWA odkupu starego rezonansu ……………………… , ….. zł brutto**

Powyższa cena ofertowa zawiera doliczony zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami podatek VAT, który na datę złożenia oferty wynosi .............. %.

**Część 2 – Aparat anestezjologiczny do MRI**

Dostawa aparatu anestezjologicznego do MRI

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym SWZ na następujących zasadach:

Model/ producent/ kraj pochodzenia……………………………………………………………

Data produkcji……………….(wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 r.).

**Wartość bez podatku VAT** ……....... zł

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

**Wartość VAT** …....... %

**Wartość brutto**……………….zł

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

zgodnie z załączonym do niniejszej oferty kosztorysem ofertowym sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2.2 do SWZ.

**Termin realizacji przedmiotu umowy**

Dostawa nastąpi w nieprzekraczalnym terminie **do 12/ 11/ 10 tygodni** od dnia podpisania umowy.

*(niepotrzebne skreślić)*

1. Oświadczam/y, że w wyżej podanej cenie uwzględniłem/uwzględniliśmy wszelkie koszty niezbędne do pełnej i terminowej realizacji zamówienia, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, Kosztorysie ofertowym i wzorze umowy.
2. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu otwarcia ofert.
3. Oświadczam/y, że w razie wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązuję/zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach określonych we Wzorze Umowy.
4. Oświadczam, że wypełniłem/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.
5. Oświadczam/y, że posiadam/y dokumenty dopuszczające oferowany asortyment do stosowania w placówkach medycznych na terenie RP – Certyfikaty CE lub równoważne, zobowiązujemy się dołączyć dokumenty wraz z dostawą towaru oraz na każde wezwanie Zamawiającego (dla wyrobów klasyfikowanych jako wyroby medyczne).
6. Oświadczam/y, że informacje i dokumenty zawarte w Ofercie na stronach od **nr ........................ do nr ......................... stanowią tajemnicę** przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane. Informacje i dokumenty zawarte na pozostałych stronach Oferty są jawne.

(W przypadku utajnienia oferty Wykonawca nie później niż w terminie składania ofert zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w szczególności określając, w jaki sposób zostały spełnione przesłanki, o których mowa w art. 11 pkt 4 ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z którym tajemnicę przedsiębiorstwa stanowi określona informacja, jeżeli spełnia łącznie 3 warunki:

* 1. ma charakter techniczny, technologiczny, organizacyjny przedsiębiorstwa lub jest to inna informacja mająca wartość gospodarczą,
  2. nie została ujawniona do wiadomości publicznej,
  3. podjęto w stosunku do niej niezbędne działania w celu zachowania poufności.)

1. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć Podwykonawcom | Nazwa i adres Podwykonawcy  ( należy podać dane, jeżeli są znane Wykonawcy) | Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |

1. Zarejestrowane nazwy i adresy wykonawców występujących wspólnie\*\*:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..…….

1. Oświadczam/y, że wybór oferty prowadzi/nie prowadzi[[2]](#footnote-2) do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:
   * 1. Nazwa towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:

……………………..………………………………………………………………………………

* + 1. Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku VAT:

……………..………………………………………………………………………………………

1. Rodzaj Wykonawcy (właściwe zaznaczyć):

Mikroprzedsiębiorca;

Mały przedsiębiorca;

Średni przedsiębiorca;

Jednoosobowa działalność gospodarcza;

Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej;

Inny rodzaj ………………………………………………. (proszę wskazać jaki).

Zgodnie z artykułem 2 załącznika nr I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.:

1. do kategorii mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw („MŚP”) należą przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR,
2. małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR,
3. mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR
4. Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty, są:

1) Kosztorys Ofertowy (odpowiednio dla danej części, podpisany przez przedstawiciela Wykonawcy);

2) Pełnomocnictwo

podpis kwalifikowany

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* jeżeli dotyczy*

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. Niepotrzebne skreślić. Gdy wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego, Wykonawca zobligowany jest do wypełnienia pozycji 1) i 2) w pkt 11 druku oferty. [↑](#footnote-ref-2)