**Załącznik nr 1 do SWZ**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |

|  |
| --- |
| **OFERTA**  **dla Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego**  **03-709 Warszawa, ul. Józefa Sierakowskiego 13**  złożona w ramach postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego  w trybie podstawowym bez negocjacji zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. –  Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710), którego przedmiotem jest:  **DOSTAWA SOCZEWEK WEWNĄTRZGAŁKOWYCH**  **do Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego** |
| **I. DANE WYKONAWCY:**  Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę: ……………..…………………………………………………………………………………………………….………..…..…………  Wykonawca/Wykonawcy:……………..……………..…………………………………………...……….……………….  ………………………………………………………………………………………………………..……….………………………….  Adres:………………………………………………………………………………………………………..……..……..…….......  Województwo **:** ……………………………………………………………………………………………………………………  REGON ……………………………………………………. NIP ……………………………………………………………………  KRS NR …………………………………………../jeśli dotyczy/  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: .……………….…………………………..…………..  Dane teleadresowe:  tel. …………………………………………………………… e-mail ……….……………..…………………………………………………  Wykonawca na Platformie Zakupowej wskaże adres e-mail, na który będą wysyłane komunikaty systemowe w związku z korespondencją przekazywaną w ramach niniejszego postępowania za pośrednictwem platformy.  Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): ……………..…………………………………………………………………………………………….……………………….………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **II. OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**  Przedmiot zamówienia obejmuje dostawę :  **□** w zakresie pakietu nr 1 – Soczewka zwijalna akrylowa hydrofobowa korygująca  astygmatyzm rogówkowy (zakres dioptrii cylindrycznych od + 1,0 do + 6,0)  □ w zakresie pakietu nr 2 – Soczewka z PMMA do fiksacji śródskleralnej  □ w zakresie pakietu nr 3 – Soczewka tylnokomorowa zwijalna jednoczęściowa (zakres  dioptrii od + 31 do + 40)   * w zakresie pakietu nr 4 – Soczewka tylnokomorowa zwijalna trzyczęściowa   szczegółowo określonych w wypełnionym formularzu asortymentowo-cenowym stanowiącym załącznik nr ……. do niniejszej oferty. |
| **III. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA:**  Niniejszym oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ\* za  **1) pakiet nr 1 – Soczewka zwijalna akrylowa hydrofobowa korygująca astygmatyzm rogówkowy (zakres dioptrii cylindrycznych od + 1,0 do + 6,0)**  Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  **2) pakiet nr 2 – Soczewka z PMMA do fiksacji śródskleralnej**  ( Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  **3) pakiet nr 3 – Soczewka tylnokomorowa zwijalna jednoczęściowa (zakres dioptrii od + 31 do**  **+ 40)**  ( Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  **4) pakiet nr 4 – Soczewka tylnokomorowa zwijalna trzyczęściowa**  ( Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  \*Łączna cena ofertowa stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SWZ, w tym m. in.:  1) cenę oferowanych wyrobów medycznych,  2) koszty transportu do miejsca przeznaczenia tj. Działu Farmacji Szpitalnej mieszczącego  się w tymczasowej siedzibie Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala  Okulistycznego w Warszawie, przy ul. Marszałkowskiej 24/26 a z chwilą przeniesienia  Szpitala do siedziby docelowej dostawy realizowane będą do lokalizacji przy ul. Józefa  Sierakowskiego 13.  3) podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami. |
| **IV. OŚWIADCZENIA:**  1**.** Zaoferowane przez nas wyroby medyczne zostały dopuszczone do obrotu i używania  zgodnie z wymogami ustawy z dnia 07 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych, na  podstawie n/wym. dokumentów:   * **Certyfikatu CE/ Deklaracji zgodności UE/Deklaracji zgodności z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobu medycznego** - dot. pakietu nr ……………………………….   2**. Gwarancja jakościowa/Termin ważności** na poszczególne pozycje przedmiotu  zamówienia nie będzie krótsza/y niż **24** **miesiące** od daty dostawy każdej partii towaru**.**  3. **Termin i warunki realizacji przedmiotu zamówienia:**  1) Dostawy towaru następować będą sukcesywnie w ciągu 12 miesięcy od daty zawarcia  umowy na warunkach szczegółowo określonych w SWZ i wzorze umowy.  2) Warunki realizacji zamówienia:  **□** w zakresie pakietu nr 1\*  Realizacja dostaw częściowych odbywać się będzie zgodnie z potrzebami szpitala w  terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze, a w przypadku konieczności zrealizowania  dostawy „na cito” realizacja nastąpi w ciągu 1 dnia roboczego od daty zamówienia  każdej partii towaru.  **□** w zakresie pakietu/ów nr ………….. /wpisać numer pakietu oferowanego/\*  Zobowiązujemy się do nieodpłatnego utworzenia banku implantów w siedzibie  Zamawiającego zlokalizowanego aktualnie w siedzibie tymczasowej w Warszawie  przy ul. Marszałkowskiej 24/26.  Uzupełnianie banku implantów będzie następowało w ciągu 3 dni roboczych na  podstawie zamówień składanych przez Zamawiającego w formie Raportu soczewek/  materiałów – wykorzystanych do udzielenia świadczeń zdrowotnych, a w przypadku  konieczności zrealizowania dostawy „na cito” realizacja nastąpi w ciągu 1 dnia  roboczego od złożenia zamówienia.  \**zaznaczyć właściwe*  3) Terminy dostaw obowiązują bez względu na wartość i zakres dostawy.  4. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;  5. Dostawy objęte przedmiotem zamówienia zamierzamy wykonać:  □ własnymi siłami\*  □ powierzyć wykonanie n/wym. części zamówienia podwykonawcom\*:.............................................................................................................................................  *(zakres i wartość części zamówienia, która realizowana będzie przez podwykonawcę)*  *\* zaznaczyć właściwe*  6. Zapoznaliśmy się z SWZ oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń  oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.  7. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres **30 dni** licząc od dnia otwarcia ofert,  tj. do dnia **26.11.2022 roku**  8. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie na zasadach  opisanych we wzorze umowy w terminie do **30 dni** od daty otrzymania przez  Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.  9. **Oświadczamy,** że jesteśmy :\*  □ mikroprzedsiębiorstwem  □ małym przedsiębiorstwem  □ średnim przedsiębiorstwem  □ □ inne  \* *zaznaczyć właściwe*  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**. |
| **V. ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**  1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez  Zamawiającego;  2. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji  umowy będzie: ................................................................................................................  e-mail:………...……........……..……… tel. …………………………..……..….fax: ..........................…..; |
| **VI. ZAŁACZNIKI DO OFERTY:**  Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:   1. ........................................................................................................................................... 2. ........................................................................................................................................... 3. ........................................................................................................................................... 4. ........................................................................................................................................... 5. ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Formularz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców. |