**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 2019 r. poz. 2019), którego przedmiotem jest:**SUKCESYWNA DOSTAWA MATERIAŁÓW DO STERYLIZACJI****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 materiałów do sterylizacji w zakresie n/wym. pakietu/ów **:** …….……...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….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 – Rękawy papierowo-foliowe** Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................)**2) pakiet nr 2 – Rękawy tyvek-folia**( Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................)**3) pakiet nr 3 – Testy chemiczne** Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................) **4) pakiet nr 4 – Koperty i etykiety**Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto .................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................) **5) pakiet nr 5 – Wskaźniki biologiczne**  Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto .................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................)**6) pakiet nr 6 – Testy zgrzewu** Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto .................................PLN (słownie netto: .......................................................................................................................) (słownie brutto: ......................................................................................................................) **7) pakiet nr 7 – Naboje do sterylizatora plazmowego Stericool Getinge** 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 produktów, 2) koszty transportu do miejsca przeznaczenia tj. magazynu mieszczącego się w siedzibie  Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie, przy ul.  Marszałkowskiej 24/26, 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 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, na  podstawie n/wym. dokumentów:* **Certyfikatu CE/ Deklaracji zgodności z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobu medycznego** - dot. pakietu nr ……………………………….

 2**. Gwarancja jakościowa** na poszczególne pozycje przedmiotu zamówienia liczona od daty  dostawy (nie krótsza niż 12 miesięcy) wynosić będzie: .................... **miesiące/cy.** 3. **Termin i warunki realizacji przedmiotu zamówienia:**  Dostawy towaru następować będą sukcesywnie w ciągu 24 miesięcy od daty zawarcia  umowy na warunkach szczegółowo określonych w SWZ i wzorze umowy. Realizacja  dostaw częściowych odbywać się będzie zgodnie z potrzebami szpitala w terminie  nie dłuższym niż 3 dni robocze od daty zamówienia każdej partii towaru, a w przypadkach  nagłych (szczególnych), w dniu następnym od dnia zamówienia, po uprzednim  uzgodnieniu takiej 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 ……………………….  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 małym lub średnim przedsiębiorstwem\* □ TAK □ NIE \* zaznaczyć właściweMikroprzedsiębiorstwo: 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. ZAŁACZNIK DO OFERTY:**Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:1. ...........................................................................................................................................
2. ...........................................................................................................................................
3. ...........................................................................................................................................
4. ...........................................................................................................................................
5. ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oferta została złożona na .............. kolejno ponumerowanych stronach. |
| Formularz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców. |