Zapytanie 01/2022/EFS/9.2.6/III

Załącznik nr 2 do SOWUZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

***Wyposażenie w sprzęt medyczny Hospicjum Sosnowieckiego im. św. Tomasza Ap. w ramach realizacji projektu pn: "Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w powiecie M. Sosnowiec"***

***współfinansowanego ze środków EFS RPO WSL 2014-2020.***

## ZAMAWIAJĄCY

**Hospicjum Sosnowieckie im. św. Tomasza Ap.**

**ul. Mjr H. Hubala-Dobrzańskiego 131**

**41-200 Sosnowiec**

## WYKONAWCA

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ………………………………………………………………………………………………… |
| **Siedziba** | ………………………………………………………………………………………………… |
| **Nr telefonu/faks** | ………………………………………………………………………………………………… |
| **e-mail** | ………………………………………………………………………………………………… |
| **strona www** | ………………………………………………………………………………………………… |
| **nr NIP** | ………………………………………………………………………………………………… |
| **nr REGON** | ………………………………………………………………………………………………… |
| **Oznaczenie banku i numer konta** | ………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie treści oferty

..................................................................................................... tel. ...............................

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie realizacji zamówienia

..................................................................................................... tel. ...............................

Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie zapytania 01/2020/EFS/9.2.6/II , w ramach zadania **pn: *"Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w powiecie M. Sosnowiec" ,*** zgodnie ze Szczegółowym Opisem Warunków Udzielenia Zamówienia oraz wzorem umowy.

**Oferujemy wykonanie zamówienia, w tym dostarczenie następującego sprzętu:**

**PAKIET A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj sprzętu** | **Ilość** | **Producent** | **Typ** | **Model** | **Długość gwarancji** | **Kwota netto zamówienia** | **VAT** | **Kwota brutto zamówienia** |
| 1 | **Laser wysokoenergetyczny** | **1 szt.** |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Aparat do drenażu limfatycznego** | **2szt.** |  |  |  |  |  |  |  |

**za łączną kwotę w sumie:**

**Oferujemy wykonanie zamówienia, w tym dostarczenie następującego sprzętu:**

**PAKIET B**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj sprzętu** | **Ilość** | **Producent** | **Typ** | **Model** | **Długość gwarancji** | **Kwota netto zamówienia** | **VAT** | **Kwota brutto zamówienia** |
| 1 | **Koncentrator tlenu** | **3 szt.** |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Pompa strzykawkowa** | **2szt.** |  |  |  |  |  |  |  |

**za łączną kwotę w sumie:**

**Oferujemy wykonanie zamówienia, w tym dostarczenie następującego sprzętu**

**PAKIET C**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj sprzętu** | **Ilość** | **Producent** | **Typ** | **Model** | **Długość gwarancji** | **Kwota netto zamówienia** | **VAT** | **Kwota brutto zamówienia** |
| 1 | **Łóżka medyczne** | **3 szt.** |  |  |  |  |  |  |  |

**za łączną kwotę w sumie:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet A**  Kwota netto | ……………………………………………………………………………………………….. |
| Stawka VAT | ……………………………………………………………………………………………….. |
| Kwota brutto | ……………………………………………………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet B**  Kwota netto | ……………………………………………………………………………………………….. |
| Stawka VAT | ……………………………………………………………………………………………….. |
| Kwota brutto | ……………………………………………………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet C**  Kwota netto | ……………………………………………………………………………………………….. |
| Stawka VAT | ……………………………………………………………………………………………….. |
| Kwota brutto | ……………………………………………………………………………………………….. |

**Zdjęcia oferowanego sprzętu stanowią załącznik do oferty**.

**Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia do dnia 15.10.2022 r.**

Zapewniamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia posiada odpowiednią jakość i właściwości użytkowe dopuszczające do stosowania w placówkach ochrony zdrowia.

Oświadczamy, że zaoferowany asortyment Posiada aktualne pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktów w Polsce zgodnie z dyrektywami unijnymi i ustawodawstwem polskim tj. deklaracje zgodności, certyfikat CE.

Akceptujemy następujące warunki płatności: Zapłata za dostarczenie przedmiotu zamówienia nastąpi w terminie 15 dni od daty wystawienia faktury za przekazane urządzenia.

Jednocześnie oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami realizacji zamówienia (w tym ze wzorem umowy) i nie wnosimy do niej żadnych uwag. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie niezbędne informacje potrzebne do przygotowania oferty .

Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania korzyści majątkowych (zamówienia publicznego).

Oświadczamy, iż jesteśmy upoważnieni do reprezentowania firmy na zewnątrz i zaciągania zobowiązań finansowych w wysokości odpowiadającej łącznej cenie oferty.

W przypadku przyznania nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia pisemnej umowy w miejscu i czasie wyznaczonym przez Zamawiającego.

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

/data, podpis osoby upoważnionej/

**Tajemnica przedsiębiorstwa**

Niniejsza oferta:

1. nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa\*

b) zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.) i nie mogą być udostępniane.

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

/data, podpis osoby upoważnionej/

\* Niewłaściwe skreślić.