**Załącznik Nr 1 do SIWZ.**

WZÓR

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki**

**im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.**

ul. Poniatowskiego 26

08-110 Siedlce

**OFERTA**

**Dane dotyczące Wykonawcy/Wykonawców**

Nazwa: ................................................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................................

Województwo: ....................................................................................................................................

NIP: ...........................................................................................

REGON: .....................................................................................

KRS: ...........................................................................................

Strona internetowa: ....................................................................

Adres e-mail: ..............................................................................

Numer telefonu: ..........................................................................

Numer faksu: ..............................................................................

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym.....................................................................................

**Dane do przesyłania korespondencji\*:**

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

Adres e-mail:\* ............................................................................

Numer telefonu:\* ........................................................................

Numer faksu:\* ............................................................................

**Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej**

Nazwisko, imię ........................................................................................................................................

Stanowisko ...............................................................................................................................................

Telefon......................................................................Fax..........................................................................

Zakres:**\***

- do reprezentowania w postępowaniu

- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

- do zawarcia umowy

**\* niepotrzebne skreślić**

**Zapewniam dostawy materiałów medycznych oraz techniczną możliwość wykonywania zabiegów/procedur na Bloku Operacyjnym z zakresu Pakietów: …………………......, za kwotę:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Numer pakietu*** | ***Wartość Pakietu netto*** | ***Wartość Pakietu brutto*** | ***w tym VAT w zł.*** |
| ***1*** |  |  |  |
| ***2*** |  |  |  |
| ***3*** |  |  |  |
| ***4*** |  |  |  |
| ***5*** |  |  |  |
| ***RAZEM:*** |  |  |  |

**Słownie:**

**Razem wartość netto:**..................................................................................................................

 ………………………………………………………………………………………………… zł.

**Razem wartość brutto:**...............................................................................................................

 ………………………………………………………………………………………………… zł.

**Razem wartość VAT:**..................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………...….zł.

#### w ilościach, rodzajach i na warunkach określonych w SIWZ opracowanej do przedmiotowego postępowania i zgodnie z załącznikami do SIWZ i Formularzem asortymentowo-cenowym.

Wartość oferty zawiera wszystkie składniki cenotwórcze (w tym koszty: dostawy, rozładunku, utworzenia banku implantów, szkolenia, użyczenia instrumentarium, stosowanej stawki podatku VAT itp.) i jest niezmienna przez okres realizacji umowy.

* **Oświadczam,** że przed złożeniem oferty zapoznałem się z warunkami określonymi w SIWZ, ująłem wszystkie koszty w zaoferowanej cenie i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.
* **Zobowiązuję się** do wykonania zamówienia w terminie określonym przez Zamawiającego i zgodnie z wymaganiami określonymi w SIWZ.
* **Oświadczam, że:**

- posiadam wszystkie aktualnie obowiązujące dokumenty dopuszczające do obrotu oferowany asortyment w jednostkach służby zdrowia na terenie RP – zgodnie z ustawą z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2017 poz.211 z późn. zm.) oraz deklarujęy gotowość do przedłożenia dokumentów w każdym czasie na żądanie Zamawiającego;

- wszystkie oferowane przeze mnie i dostarczane wyroby oznakowane są zgodnie z ww. ustawą.

* **Oświadczam, że:**

Jestem małym/średnim przedsiębiorcą: tak □ nie □

Pochodzę z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej: tak □ nie □

Skrót literowy nazwy Państwa: ………

Pochodzę z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: tak □ nie □

Skrót literowy nazwy Państwa: ………

* **Oświadczam, że wybór oferty:\***
* nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego
* prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego:

Wskazać nazwę (rodzaj) towaru-(ów) dla których dostawa będzie prowadzić do jego powstania i wskazać wartość podatku:

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

**\*odpowiednie zaznaczyć**

* **Oświadczam, że:\***
* polegam na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy, a podmioty te będą brały udział w realizacji części zamówienia. Poniżej należy podać dane dotyczące: zakresu i okresu udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia oraz nazwy tych podmiotów:

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

* nie polegam na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy.

**\*odpowiednie zaznaczyć/wypełnić**

* **Podwykonawcy:**

Następującym Podwykonawcom zamierzam powierzyć wykonanie niżej wymienionych części zamówienia (art. 36b ust. 1 ustawy Pzp):

1. Nazwa (firmy) podwykonawcy: ………………………………...…………………………………. ;

nazwa części zamówienia: …………………………………………………………………….......…;

1. Nazwa (firmy) podwykonawcy: ………………………………...……………………………….. ;

nazwa części zamówienia: ……………………………………………………………………..….…;

* **Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom:** (……………………. zł.) lub (……..%).
* **Oświadczenia dot. umowy w sprawie zamówienia publicznego:**
1. Oświadczam, że akceptuję istotne postanowienia umowy określone przez Zamawiającego we wzorze umowy.
2. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty zawrzeć umowę na warunkach wynikających z SIWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Wynagrodzenie w przypadku zawarcia umowy należy przekazać na konto Wykonawcy wskazane na fakturze.
4. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy będzie: ……………………………………………………………………………………………….

 Telefon: ……………………………………………….

 Fax: …………………………………………………...

 E-mail: ………………………………………………..

Termin związania ofertą wynosi **30 dni** od upływu terminu składania ofert.

**Oświadczam**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Oferta została złożona na ……….. ponumerowanych stronach.

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

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

podpis Wykonawcy