**ZAŁĄCZNIK nr 1**

|  |
| --- |
| ***Zamawiający:******Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Perzyny w Kaliszu******ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz*** |

**Wykonawca:**

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

*.............................................................................................................................................................................................................*

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**reprezentowany przez:**

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

***Hasło dostępu do pliku JEDZ: ..........................................***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Kryterium – cena**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wartości wynikające z** **Formularza Cenowego** | **KRYTERIUM Cena** |
| **Wartość netto** **w PLN** | **Stawka VAT**  | **Kwota VAT**  | **Wartość brutto** **w PLN** |
| **Zadanie nr 1** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 2** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 3** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 4** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 5** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 6** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 7** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 8** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 9** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 10** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 11** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 12** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 13** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 14** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 15** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 16** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 17** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 18** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 19** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 20** |  |  |  |  |

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

/ miejscowość, data/ /podpis, pieczątki-osób upoważnionych/

*ciąg dalszy formularza na następnej stronie*

*ciąg dalszy formularza ofertowego*

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

( pieczęć Wykonawcy )

|  |  |
| --- | --- |
| **Wartości wynikające z** **Formularza Cenowego** | **KRYTERIUM Cena** |
| **Wartość netto** **w PLN** | **Stawka VAT**  | **Kwota VAT**  | **Wartość brutto** **w PLN** |
| **Zadanie nr 21** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 22** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 23** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 24** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 25** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 26** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 27** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 28** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 29** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 30** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 31** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 32** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 33** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 34** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 35** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 36** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 37** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 38** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 39** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 40** |  |  |  |  |

**Kryterium –Termin płatności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Termin płatności w dniach ***(min 30 dni max 60 dni)*** | ***Podać***Wartość ta będzie przedmiotem oceny w tym kryterium  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Termin realizacji zamówienia od dnia jego złożenia | **5 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia**  |

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

/ miejscowość, data/ /podpis, pieczątki-osób upoważnionych/

*ciąg dalszy formularza na następnej stronie*

*ciąg dalszy formularza ofertowego*

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

( pieczęć Wykonawcy )

1. zapoznałem się z treścią SIWZ dot. przetargu nieograniczonego na **sukcesywne dostawy jednorazowego sprzętu anestezjologicznego i intensywnej terapii oraz jednorazowego sprzętu do monitorów i respiratorów** oraz z załączonym do niej projektami umów i akceptuję określone w nich warunki bez zastrzeżeń;
2. oferowane przez naszą firmę wyroby spełniają bezwzględnie wymagania określone w SIWZ;
3. oferowane przez naszą firmę wyroby są dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami, a jeśli dotyczy z przepisami ustawy Prawo farmaceutyczne oraz ustawy o wyrobach medycznych;
4. wartość lub procentowa część zamówienia jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom ...........................................................................................................................................
5. w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczania przedmiotu zamówienia zgodnego z jego opisem zawartym w SIWZ, za cenę podaną w Formularzu Cenowym i w terminie podanym w Formularzu Ofertowym;
6. 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.\*\*
7. wszystkie dane zawarte w mojej ofercie są zgodne z prawdą i aktualne w chwili składania oferty.
8. w trybie art. 91, ust. 3a ustawy Prawo zamówień publicznych oświadczamy, iż wybór naszej oferty **będzie/nie będzie\*** prowadził do powstaniu u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług. **(\*niewłaściwe skreślić).**

 Wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT).

 W przypadku, gdy wybór oferty Wykonawcy będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca zobowiązany jest wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usług, wartość tego towaru lub usług bez kwoty podatku VAT. Nazwa towaru lub usług prowadzących do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego ………..............… oraz wartość tych towarów i usług bez podatku od towarów i usług: …......……….. PLN.

1. w celu potwierdzenia okoliczności, o których mowa w art. 25, ust. 1 ustawy Pzp wskazuję na wykorzystanie przez zamawiającego następujących oświadczeń i dokumentów załączonych do oferty:**\***
2. ....................................,
3. ....................................,
4. ....................................,

Jednocześnie potwierdzam, że niniejsze oświadczenia i dokumenty są aktualne.

1. w celu potwierdzenia okoliczności, o których mowa w art. 25, ust. 1 ustawy Pzp wskazuję na wykorzystanie przez zamawiającego następujących oświadczeń i dokumentów przechowywanych przez zamawiającego zgodnie z art 97, ust. 1 ustawy Pzp.: ........................................... (nazwa i nr postępowania)**\***
2. ....................................,
3. ....................................,
4. .................................... .

Jednocześnie potwierdzam, że niniejsze oświadczenia i dokumenty są aktualne.

\*Wypełnia wykonawca w przypadku złożenia wraz z ofertą dokumentów wymienionych **w części D, pkt 4** specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

\*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).

\*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego
 dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4
 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np.
 przez jego wykreślenie).

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

( pieczęć Wykonawcy )

**FORMULARZ CENOWY**

**Zadanie nr 13**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa artykułu (wyrobu) | J.m. | Ilość | Cena jednostkowanetto w PLN | Wartość netto pozycjiasortymentowej(kol.4 x kol.5) | Wartośćpodatku VAT | Wartość brutto pozycjiasortymentowej(kol. 6 + kol. 7) | Producent / Nr katalogowy |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  | Igła do znieczuleń splotów dł. 50 mm do Stimuplex DIG | szt | 120 |  |  |  |  |  |
|  | Igła do znieczuleń splotów dł. 100 mm do Stimuplex DIG | szt | 60 |  |  |  |  |  |
|  | Zestaw do monitorowania ciśnienia metodą inwazyjną | szt | 400 |  |  |  |  |  |
|  | Płytka na dwa przetworniki do monitorowania ciśnienia metodą inwazyjną | szt | 3 |  |  |  |  |  |
|  | Uchwyt do płytki na przetwornik do zamocowania na stojaku | szt | 1 |  |  |  |  |  |
|  | Przyrząd do przelewania | szt | 2500 |  |  |  |  |  |
|  | Zestaw do OCŻ | szt | 10 |  |  |  |  |  |
|  | System 3 kraników ( rampa) | szt | 10 |  |  |  |  |  |
|  | Koreczek z zastawką do systemów bezigłowych | szt | 26000 |  |  |  |  |  |
|  | Zestaw do przetoczeń z regulatorem przepływów | szt | 1100 |  |  |  |  |  |
|  | Kaniula punkcyjna dla cewników do żył centralnych 12Gx80mm | szt | 500 |  |  |  |  |  |
|  | Zestaw do drenażu opłucnej i klatki piersiowej wg Mattysa | szt | 7 |  |  |  |  |  |
|  |  | RAZEM WARTOŚĆ ZADANIA |  |  |  |  |

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

/ miejscowość, data/ /podpisy, pieczątki-osób upoważnionych/

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

( pieczęć Wykonawcy )

**FORMULARZ CENOWY**

**Zadanie nr 40**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa artykułu (wyrobu) | J.m. | Ilość | Cena jednostkowanetto w PLN | Wartość netto pozycjiasortymentowej(kol.4 x kol.5) | Wartośćpodatku VAT | Wartość brutto pozycjiasortymentowej(kol. 6 + kol. 7) | Producent / Nr katalogowy |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  | Przyrząd do pobierania płynu z butelki | szt | 20000 |  |  |  |  |  |
|  |  | RAZEM WARTOŚĆ ZADANIA |  |  |  |  |

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

/ miejscowość, data/ /podpisy, pieczątki-osób upoważnionych/