**Załącznik nr 1**

**Formularz Oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy/Wykonawców)* | **OFERTA dla Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach Sp. z o. o.**  **ul. Nadodrzańska 6, 69-100 Słubice** |

**Do:**

**……………………….**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pod nazwą:

**Przebudowa i doposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) wraz z budową lądowiska dla śmigłowców ratunkowych**

**Przedmiot zamówienia jest dofinansowany w ramach projektu „Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach Sp. z o.o. o transgranicznym oddziaływaniu”. Projekt współfinansowany ramach działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014 – 2020 – nr umowy POIS POIS.09.01.00-00-0268/18 z dnia 11 marca 2019 r.**

**MY NIŻEJ PODPISANI**

działając w imieniu i na rzecz

*(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)*

**1. SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia.

**2. OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ) oraz wyjaśnieniami i zmianami SIWZ przekazanymi przez Zamawiającego i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania.

**3. OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia dla zakresu podstawowego za:

cenę netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych

VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych

cenę brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych

(słownie złotych: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

**Gwarancja na roboty budowlane wynosi : ………………………..**

**Gwarancja na wyposażenie medyczne wynosi : ……………. m-cy**

(uwaga dotycząca sprzętu medycznego : min. termin gwarancji- 24 m-ce, gwarancja powyżej 36 m-cy udokumentowana przez producenta) – termin stanowi kryterium oceny ofert)

**4. INFORMUJĘ,** że wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego / będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego \*, w zakresie:

towaru lub usługi:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*nazwa (rodzaj), towaru, usługi których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego,*

o wartości bez podatku wynoszącej **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania zamówienia w terminie określonym w SIWZ.
2. **AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
3. **JESTEŚMY** związani ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Na potwierdzenie powyższego wnieśliśmy wadium w wysokości określonej w SIWZ, w formie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Wadium (w przypadku wadium wniesionego w pieniądzu) należy zwrócić na konto nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami\*/przy udziale podwykonawców\*

W Przypadku udziału podwykonawców należy podać zakresy powierzonych prac.

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

1. **OŚWIADCZAMY,** że sposób reprezentacji Wykonawcy\*/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia\* dla potrzeb zamówienia jest następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę – spółki cywilne lub konsorcja)*

9. **OŚWIADCZAMY**, iż informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ - stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazaliśmy w załączniku nr \_\_\_\_ i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane.

1. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z Istotnymi dla Stron postanowieniami umowy, zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. **Oświadczamy**, że dostarczony przedmiot umowy/ wyrób medyczny jest dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami, tj. zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 175 z późn.zm.).
3. **Oświadczamy**, iż posiadamy aktualne, wymagane prawem dokumenty dopuszczające oferowane przez nas produkty do obrotu i używania – zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami. Dokumenty, o których mowa przekażemy Zamawiającemu wraz z dostawą towaru. Dokumenty w języku obcym będą złożone wraz z tłumaczeniem na język polski i będą przez nas poświadczone.
4. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie postępowania należy kierować na poniższy adres:

Imię i nazwisko:

Adres:

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **OFERTĘ** składamy na \_\_\_\_ stronach, które zostały zaparafowane i ponumerowane.
2. **ZAŁĄCZNIKAMI** do oferty, stanowiącymi jej integralną część są:
   * 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
     2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
     3. ……………………………………………………………………….
3. **WRAZ Z OFERTĄ** składamy następujące oświadczenia i dokumenty na \_\_ stronach:

**a)…..**

**b)…..**

**c)….**

**d)…..**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ 2019 roku

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)*

***\* niepotrzebne skreślić***