**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Formularz ofertowy Wykonawcy**

**Wykonawca:**

……………………………………………

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

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

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

*(numer telefonu/faxu, adres poczty elektronicznej)*

**reprezentowany przez:**

……………………………………………

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

***osoba do kontaktu:***

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

***adres mailowy:***

*……………………………………………*

***adres ePUAP:***

*……………………………………………*

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu podejmujemy się zrealizowania zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ.

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia/zamówienie publiczne pn.: |
| **Doposażenie Oddziałów Rehabilitacji w Małopolskim Szpitalu Chorób Płuc i Rehabilitacji** **im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu** *Nr ZP.I.2.224/06/21* |

|  |
| --- |
| **Nazwa** |
| **Kwota [cena] netto****zł** | **Kwota podatku VAT****zł** | **Kwota [cena] brutto****zł** | **Dodatkowa gwarancja*****[***wynosząca minimum 1 miesiąc do maksymalnie 24 miesięcy, liczona od dnia następnego, w którym upłynął obowiązkowy 24 miesięczny okres rękojmi] |
| **GAZOMETR** |  |  | *cyfrowo:* |  |  |
| *słownie:* |  |

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy** – **do 21 dni** , licząc od daty zawarcia umowy.

**Jednocześnie Wykonawca, którego reprezentuje:**

1) Oświadcza, że zapoznał się z warunkami określonymi w treści SWZ oraz jej załączników i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje warunki w nich zawarte w całości.

2) Oświadcza, że zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosi do niego zastrzeżeń.

3) Oświadcza, że ujął w złożonej ofercie wszystkie elementy i koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia. Cena ryczałtowa brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

4) Oświadcza, że **związany jest niniejszą ofertą do dnia 25.11.2021 r**. wskazanego przez Zamawiającego w sekcji XII SWZ.

5) Akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone w następujący sposób:

***Zapłata wynagrodzenia należnego Wykonawcy nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie do 30 dni od wpłynięcia faktury.***

6) Zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7) Oświadcza, że jest

**MIKROPRZEDSIĘBIORSTWEM / MAŁYM PRZEDSIĘBIORSTWEM / ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWEM / WYKONAWCA PROWADZI JEDNOOSOBOWĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ / WYKONAWCA JEST OSOBĄ FIZYCZNĄ NIEPROWADZĄCĄ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ/ ŻADNYM Z POWYŻSZYCH (\*\*)/INNY RODZAJ ………………………………………… (\*)**

8) Oświadcza, że przedmiot zamówienia zamierza zrealizować **SIŁAMI WŁASNYMI / PRZY UDZIALE** (\*\*\*) podwykonawców.

*Jeżeli Wykonawca zamierza zrealizować przedmiot zamówienia przy udziale podwykonawców wypełnia kolumnę 1 tabeli oraz – o ile jest znane Wykonawcy – wypełnia kolumnę 2 tabeli wskazując nazwy podwykonawców.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Części zamówienia,**których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom**[kolumna 1]* | *Nazwy ewentualnych podwykonawców,* *jeżeli są już znani**[kolumna 2]* |
|  |  |

**Dane do umowy (\*\*\*\*)**

|  |
| --- |
| **Osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:** |
| Imię i nazwisko | Stanowisko |
|  |  |
| **Osoba/y odpowiedzialna/e za realizację umowy ze strony Wykonawcy:** |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | Nr telefonu/ e-mail |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą, zarejestrowany we właściwym dla Wykonawcy Urzędzie Skarbowym:** |
| Nazwa i adres banku | Nr rachunku |
|  |  |

Formularz niniejszy powinien być podpisany podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.

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

(\*) Uzupełnić:

- cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - wypełnić po sporządzeniu Formularza/y cenowego/ych – załączniki nr 1a do SWZ.

- termin płatności - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin płatności 30 dni, liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej dostawę.

 (\*\*) Niepotrzebne skreślić.

(\*\*\*) Uzupełnić - Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom, oraz podania nazw ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani. W przypadku, gdy Wykonawca nie zamierza wykonywać zamówienia przy udziale podwykonawców, należy wpisać „nie dotyczy” lub inne podobne sformułowanie.

Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pole) Zamawiający uzna, iż zamówienie zostanie wykonane siłami własnymi, bez udziału podwykonawców.

(\*\*\*\*) Uzupełnić.