**Załącznik Nr 2 do SWZ** - **Formularz ofertowy**

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

/Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

Numer Identyfikacji Podatkowej Wykonawcy: ……………………………

Kategoria przedsiębiorstwa: mikro / małe / średnie / inne\*

**przedsiębiorstwo mikro-** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR

**przedsiębiorstwo małe** - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 mln EUR

**przedsiębiorstwo średnie** – przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 mln EUR lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 mln EUR

**OFERTA**

**Do SP ZOZ WSPR
w Białymstoku**

Adres email do kontaktów z Wykonawcą: .......................................…………………….

Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji na dostawę ambulansu medycznego nr EOP.332.6.23, oświadczamy, że:

1. Oferujemy realizację zamówienia: za cenę netto………………………. słownie:……………………….............zł,

kwota podatku VAT \*................................. zł, tj. za cenę brutto \* …….…………..................................... zł, słownie:……………………….............zł

1. Wykonawca dokonując dostawy działa we własnym imieniu i na własną rzecz;
2. Wykonawca zobowiązuje się uiścić podatek akcyzowy jeżeli taki obowiązek powstanie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 grudnia 2008 r. o podatku akcyzowym;
3. Dostawę zrealizujemy w terminie **do 90 dni** od dnia podpisania umowy. Jeżeli Umowa nie będzie podpisana przez obie strony tego samego dnia przyjmuje się, że umowa została zawarta w dniu skutecznego doręczenia umowy na adres Wykonawcy, po podpisaniu i przesłaniu jej przez Zamawiającego.
4. Oferowana przez nas gwarancja na pojazdy bazowe wynosi …………………. miesiące/miesięcy od daty podpisania protokołu ilościowo - jakościowego [minimum 24 miesiące];
5. Oferowana przez nas gwarancja na zabudowę medyczną wynosi …………………. miesiące/miesięcy od daty podpisania protokołu ilościowo - jakościowego (minimum 24 miesiące);
6. Gwarantujemy ………………………. okres obsługi pogwarancyjnej i na ten czas zabezpieczenie dostaw części zamiennych (Zamawiający oczekuje serwisu pogwarancyjnego minimum 5 lat);
7. Wskazuję/ nie wskazuję (niepotrzebne skreślić) podmiot trzeci świadczący obsługę pogwarancyjną ……………………………………………………………………… (nazwa i adres podmiotu);
8. Oferowany przez nas ambulans medyczny spełnia następujące parametry techniczne (dot. parametrów nie wymaganych, dodatkowo ocenianych):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry niewymagane, dodatkowo punktowane** | **Oświadczenie wykonawcy** |
| 1. | Długość przedziału medycznego powyżej 3,00m, Mierzona zgodnie z normą PN-EN 1789 lub równoważną  **pkt I. 4. Opis Przedmiotu Zamówienia** | deklarowana długość: …….……… m |
| 2. | System elektrycznego wspomagania domykania drzwi bocznych prawychi lewych.**pkt I. 7.i I.8 Opis Przedmiotu Zamówienia** | TAK / NIE |
| 3. | Automatyczna skrzynia biegów (min. 6 biegów do przodu i bieg wsteczny).**pkt III. 1. Opis Przedmiotu Zamówienia** | TAK / NIE |
| 4. | Wydłużona gwarancja na cały zestaw transportowy (transporter i nosze) do 5 lat**pkt XV. 13** **Opis Przedmiotu Zamówienia** | TAK / NIE |
| 5. | Dodatkowe sygnały pneumatyczne o modulacji dwutonowej**pkt IX. 11. Opis Przedmiotu Zamówienia** |  TAK / NIE |
| 6. | Rok produkcji krzesełka kardiologicznego **pkt XVII. 8. Opis Przedmiotu Zamówienia** | wskazać rok …………… |
| 7. | Rok produkcji noszy wraz z transporterem **pkt XVII. 8. Opis Przedmiotu Zamówienia** | wskazać rok …………… |
| 8. | Uchwyt do tabletu w kabinie kierowcy przebadany na przeciążenia 10 G na oferowanej marce i modelu ambulansów**pkt I. 1c Opis Przedmiotu Zamówienia** | TAK / NIE |
| 9. | Średnica kół w transporterze noszy głównych.**pkt.** **XV. 4 Opis Przedmiotu Zamówienia** | Deklarowana średnica kółek jezdnych w transporterze: .………... mm |
| 10. | System zabezpieczający przed niekontrolowanym złożeniem goleni transportera.**pkt.** **XV. 1 Opis Przedmiotu Zamówienia** | TAK / NIE |

1. Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami opisany z Załączniku nr 1 do SWZ w punkcie I pozycji 11 posiada wymiary (wskazać w mm wysokość, szerokości i głębokość) ……………………………………….. mm.
2. Zawieszenie opisane w Załączniku nr 1 do SWZ w punkcie V poz. 1 posiada wzmocnienie drążka obu osi. Proszę podać wartość w stosunku do standardowej …………………………………………..………………
3. Marka i model oferowanego przez nas niezależnego od silnika systemu powietrznego ogrzewania przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury z termostatem o mocy min. 5,0 kW, umożliwiającego ogrzanie przedziału medycznego zgodnie z normą PN-EN 1789 pkt 4.5.5.1 lub równoważną - ……………………………………………………………………………………………………… .
4. Marka i typ automatycznej ładowarki opisanej w Załączniku nr 1 do SWZ w punkcie VIII poz. 4 …………………………………………….
5. Marka i model belki świetlnej opisanej w Załączniku nr 1 do SWZ w punkcie IX poz. 1 …………………………………………………………………………………….
6. Marka i model belki świetlnej opisanej w Załączniku nr 1 do SWZ w punkcie IX poz. 3 …………………………………………………………………….
7. Marka i model oraz numer certyfikatu/ homologacji dodatkowego sygnału pneumatycznego opisanego w punkcie IX poz. 11 ………………………………………………………………………………...
8. Marka i rodzaj lawety opisanej w Załączniku nr 1 do SWZ w punkcie XII poz. 13 …………………………………………………………………….
9. Waga oferowanego przez nas transportera noszy głównych wynosi ………. kg;
10. Obciążenie dopuszczalne oferowanego przez nas transportera wynosi ………….. kg
11. Waga oferowanego przez nas zestawu transportowego wynosi ……………… kg
12. Obciążenie dopuszczalne zaoferowanych przez nas noszy wynosi ………….. kg
13. Waga oferowanych przez nas noszy wynosi…………… kg.
14. Marka, model zaoferowanego krzesełka kardiologicznego ……………………………………………………..
15. Marka, model zaoferowanych noszy ………………………………………………………
16. Model oferowanej stacji dokującej …………………………………………………………………………….
17. Model oferowanego modułu GPS SWD PRM ………………………………………… ……………………….
18. Model oferowanego radiotelefonu przewoźnego …………………………………………………………….
19. Akceptujemy warunek, iż zapłata za wykonanie zamówienia następować będzie w terminie **30** **dni** od daty przedłożenia faktury, wystawionej na zasadach opisanych we wzorze umowy;
20. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
21. Zobowiązujemy się dostarczyć wszystkie dokumenty potrzebne do rejestracji pojazdu;
22. Zapoznaliśmy się z treścią SWZ (w tym ze wzorem umowy) i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte;
23. Oświadczam, że **jestem/nie jestem** (niepotrzebne skreślić) czynnym podatnikiem podatku VAT. W przypadku zmiany statusu VAT Wykonawca zobowiązany jest niezwłocznie, powiadomić o tym Zamawiającego;
24. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ;
25. W przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego;
26. Zamówienie realizować będziemy z udziałem podwykonawców w części:\*\*
27. ................................................................................
28. ................................................................................
29. ................................................................................
30. ................................................................................
31. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty\*\*\*.
32. .................................................................................
33. .................................................................................
34. .................................................................................
35. ……………………………………………………..……………….
36. ……………………………………………………..……………….
37. Oferta została złożona na ….... stronach.
38. Składając ofertę w niniejszym postepowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, zgodnie z art. 225 ust. 2 Pzp. informuję, że wybór mojej oferty:

a) nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego,

b) będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w wyniku czego wskazuję nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku: ………………………………………………………………………………… (niepotrzebne skreślić).

1. Oświadczamy, iż autoryzowany serwis oferowanego sprzętu medycznego mieści się: (podać nazwę, adres, telefon kontaktowy): ………..……………………………………………………………………………………… ……............................................................................................................................
2. Tajemnicą przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, która nie będzie podlegać udostępnieniu, są następujące informacje\*\*\*\*:
3. ..............................................................
4. ..............................................................
5. ..............................................................
6. ……………………………………………………..
7. ……………………………………………………..
8. W przypadku wniesienia wadium w pieniądzu, proszę o jego zwrot na rachunek bankowy:

 z którego nastąpiła wpłata wadium

 inny niż ten, z którego nastąpiła wpłata wadium, tj.: …………………………………………………

 nazwa banku: ………………………………………………………………………………………….

 nie dotyczy

*Oświadczenie Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w formularzach ofertowych, innych dokumentach składanych na wezwanie w tracie trwania postępowania oraz danych zawartych w umowie przez SP ZOZ WSPR w Białymstoku celu przeprowadzenia postępowań udzielenia zamówienia publicznego w trybie ustawy Pzp.

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

(kwalifikowany podpis elektroniczny

lub podpis zaufany lub podpis osobisty)

\* nie dotyczy Wykonawcy zagranicznego tj. wykonawcy nie posiadającego siedziby lub miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

\*\* jeżeli Wykonawca zamierza wykonać całość zamówienia siłami własnymi, nie wypełnia przedmiotowego punktu lub wpisuje formułę np. „nie dotyczy”,

\*\*\* jeżeli dołączane są kopie dokumentów, to muszą być one poświadczone przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem;

\*\*\*\* należy wskazać pliki lub ich części w których znajdują się informacje będące tajemnicą przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji