DZP.381.148B.2023 **ZMIENIONY**

Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO IM.PROF.K.GIBIŃSKIEGO**

**ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy ................................................................................................................

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

( adres, kod pocztowy, miejscowość, województwo)

……………………………………………………………………………………………….

REGON ....................................... NIP .............................................................................

Osoba do kontaktu z Zamawiającym ……………………………..Tel. …………………

Internet ................................................ e-mail ...................................................................

Ubiegając się o zamówienie publiczne na dostawę Wideokolposkopu określonym w specyfikacji warunków zamówienia oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia w cenie ofertowej określonej poniżej:

za cenę netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena ofertowa z podatkiem VAT: ....................................................................................zł

(słownie:.......................................................................................................................zł)

Oświadczamy, iż oferujemy następujący Aparat:

|  |  |
| --- | --- |
| Wymagane informacje | Wideokolposkop ( 1 szt) |
| Producent: (podać) |  |
| Nazwa i typ: (podać) |  |
| Rok produkcji: |  |

Oświadczamy, iż w/w sprzęt spełnia wymagania Zamawiającego wskazane w zestawieniu parametrów

techniczno - użytkowych

**Okres gwarancji**: Wykonawca udziela …………*(min. 24 m- ce/ kryterium oceny ofert)* miesięcznej gwarancji jakości , która rozpoczyna się od dnia podpisania przez Zamawiającego bez zastrzeżeń protokołu zdawczo - odbiorczego.

*(W przypadku nie wypełnienia, Zamawiający przyjmuje, iż Wykonawca oferuje 24 miesięczny okres gwarancji.)*

**Termin dostawy:**

Dostawa, zainstalowanie, uruchomienie Wideokolposkop oraz przeszkolenie wskazanych pracowników Zamawiającego w terminie do 84 dni kalendarzowe licząc od dnia zawarcia umowy.

Nr. konta bankowego do wpłat ………………………………….( wskazanego do umieszczenia w zapisach umowy )

Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się spełnić wszystkie wymienione w Specyfikacji wymagania Zamawiającego

- Oświadczamy, iż w/w sprzęt spełnia wymagania Zamawiającego wskazane w zestawieniu parametrów techniczno – użytkowych

- Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia

- Zawarta w Specyfikacji Warunków Zamówienia treść wzorów umów została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach

- Oświadczamy, że przedmiot i warunki realizacji zamówienia są zgodne z ustawą z 07 kwietnia 2022 r o wyrobach medycznych oraz z innymi obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie.

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

(\*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, może wykreślić treść niniejszego oświadczenia)

|  |
| --- |
| R Rodzaj Wykonawcy:   * + - Mikroprzedsiębiorstwo * Małe przedsiębiorstwo * Średnie przedsiębiorstwo * Jednoosobowa działalnością gospodarczą * Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej * Inny rodzaj |

\*Zaznaczyć właściwe X