

|  |
| --- |
| **Załącznik nr 1** |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |

Zamawiający:  **Powiat Człuchowski 77 - 300 Człuchów ulica Wojska Polskiego 1**

* 1. **OF E R T A**

Na zakup i dostawę sprzętu medycznego dla potrzeb SP ZOZ w Człuchowie ul. Szczecińska 16 jest niezbędne w celu zwalczania zakażeń i powikłań wywołanych wirusem SARS-CoV2.

Zapytanie ofertowe prowadzone jest w ramach projektu „Poprawa jakości i dostępności świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych w Szpitalu Powiatowym w Człuchowie” (umowa nr RPPM.07.01.0222-0019/16-02).

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

*Wykonawca*

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

*adres*

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

*NIP, telefon, e-mail*

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

* + 1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia **cenę brutto ………………………………………… zł ……./100 dla części nr ………………………………**

słownie: ............................................................................................................. zł.

Stawka vat ……………………….%

**II.** Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia **cenę brutto ………………………………………… zł ……./100 dla części nr ………………………………**

słownie: ............................................................................................................. zł.

Stawka vat ………………………….%

Cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.

*(Wykonawca wypełnia odpowiedni punkt wpisując cenę ofertową w części na którą składa ofertę lub oba punkty, jeżeli składa ofertę na obie części)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **OŚWIADCZENIA:**   Oświadczam, ze zamówienie zostanie zrealizowane w terminiedo dnia …………………………………… (wpisać max do **15.12.2021 r.**)  Oświadczam, że udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia w części 2 ………………………….. (należy wpisać minimum 24 miesiące), w części 1 obowiązuje gwarancja producenta.  Oświadczam, że zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego opisane w Zapytaniu ofertowym (zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia  Oświadczam, otrzymałem konieczne informacje do przygotowania oferty i zapoznałem się z warunki umowy i je akceptuję;  Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;  Oświadczam, że posiadam kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów prawa.  Oświadczam, że nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.  *Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu  Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą,  polegające w szczególności na:  1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;  2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;  3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;  4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej,*  *pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.*  Oświadczam, że uważam się związany niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert;  **INFORMUJEMY**, że:   1. wybór oferty **nie  będzie\*** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego**.** 2. wybór oferty **będzie\*** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących *towarów/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.   Wartość *towaru/ usług* *(w zależności od przedmiotu zamówienia)* powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł netto**.**  *Zgodnie z wiedzą Wykonawcy, zastosowanie będzie miała następująca stawka podatku od towarów i usług \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %* | |
| 1. **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:** 2. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 3. osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest   .........................................................................................................................................................................  e-mail: ………...……........………….…………………..……....….tel./fax: .....................................................………………..; | |
| Pouczony o odpowiedzialności karnej (m. in. z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny Dz.U. nr 88, poz. 553, z późn. zm. oświadczam, że oferta oraz załączone do niej dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień złożenia oferty. | |
| ……………………………………………………….  pieczęć Wykonawcy | ......................................................................................  Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy |





|  |
| --- |
| **Załącznik nr 2** |
| **FORMULARZ CENOWY** |

Zakup i dostawa sprzętu medycznego dla potrzeb SP ZOZ w Człuchowie ul. Szczecińska 16 w celu zwalczania zakażeń i powikłań wywołanych wirusem SARS-CoV2.

„Poprawa jakości i dostępności świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych w Szpitalu Powiatowym w Człuchowie” (umowa nr RPPM.07.01.0222-0019/16-02).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ 1** | | | | | | |
| **L.P.** | **ASORTYMENT** | **ILOŚĆ SZT.** | **CENA NETTO** | **VAT %** | **CENA BRUTTO** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA SPEŁNIA WYMOGI ZAMAWIAJACEGO WPISAĆ TAK/NIE** |
| 1. | **Rękawice nitrylowe Rozmiar S – 100 000, Rozmiar M – 60 000, Rozmiar L – 60 000, Rozmiar XL – 30 000**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 250 000 |  |  |  |  |
| 2. | **Kombinezon ochronny (Rozmiar M – 500, Rozmiar L – 500)**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 1 000 |  |  |  |  |
| 3. | **Maseczki chirurgiczne** | 5 013 |  |  |  |  |
| 4. | **Ochraniacze barierowe na obuwie PP/PE, wysokie**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 5 475 |  |  |  |  |
| **RAZEM CZĘŚĆ 1** | | |  | X |  | X |
| **CZĘŚĆ 2** | | | | | | |
| 1. | **Aparat do dekontaminacji pomieszczeń -ozonator I**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 1 |  |  |  |  |
| 2. | **Aparat do dekontaminacji pomieszczeń -ozonator II**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 1 |  |  |  |  |
| 3. | **Dozownik do dezynfekcji wolnostojący (Zestaw)**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 8 |  |  |  |  |
| 4. | **Dozownik do dezynfekcji wiszący łokciowy**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 60 |  |  |  |  |
| 5. | **Lampa bakteriobójcza i wirusobójcza**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 8 |  |  |  |  |
| 6. | **Mobilna komora dekontaminacyjna**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 1 |  |  |  |  |
| 7. | **Myjka ultradźwiękowa**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 1 |  |  |  |  |
| 8. | **Maszyna czyszcząca z fotelem dla operatora do dużych powierzchni**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 1 |  |  |  |  |
| 9. | **Środek do dezynfekcji - nadtlenek wodoru 7%**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 300 |  |  |  |  |
| 10. | **Sterylizator parowy przelotowy**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 1 |  |  |  |  |
| 11. | **Zamgławiacz**  **Producent, model, typ itp.**  **………………………………………………………..**  **Rok produkcji**  **…………………………………………………………** | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM CZĘŚĆ 2** | | |  | X |  | X |

SŁOWNIE CZĘŚĆ 1 ZŁ

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

SŁOWNIE CZĘŚĆ 2 ZŁ

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………….

DATA

……………………………

PODPIS WYKONAWCY