**Nr referencyjny: 11/ZP/2024**

**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na zakup specjalistycznego sprzętu medycznego w celu zwiększenia dostępności i jakości opieki ginekologicznej kobiet z niepełnosprawnościami**

1. Nazwa Wykonawcy: ..............................................................................................................
2. Siedziba Wykonawcy: ...........................................................................................................
3. NIP: ................................................................
4. REGON: ..........................................................
5. Tel ..................................................................
6. e-mail: ……………………………………………………………………………………..
7. Numer wpisu do właściwego rejestru: ...............................................................................................................................................
8. Nazwa banku i numer konta bankowego: ...............................................................................................................................................

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

1. Osoba/osoby, które będą podpisywać umowę (imię i nazwisko oraz stanowisko):

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

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

1. Przedstawiciel Wykonawcy upoważniony do kontaktów z Zamawiającym przez okres obowiązywania umowy ...................................., tel. .............................................
2. W przypadku składania oferty wspólnej przez dwa lub więcej podmioty (np. konsorcjum, spółka cywilna) ustanowionym pełnomocnikiem do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia jest:

imię i nazwisko ...............................

stanowisko ......................................

tel./fax .............................................

1. Wartość oferty netto: ……………………………………………
2. **Wartość oferty brutto**: **…………………………………………………………………………………**

**Stawka podatku VAT ….%.**

1. Wartość oferty z podziałem na poszczególne zadania:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zadanie\* | nazwa | ilość | Cena jedn. netto w zł. | Wartość netto  w zł  (3x4) | Kwota podatku VAT  w zł  (wartości netto kol. Nr 5) | wartość brutto  w zł  (5+6) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | **Łóżko porodowe** | 1szt. |  |  |  |  |
| 2. | **Fotel do transportu pacjentek** | 2 szt. |  |  |  |  |
| 3. | **Stół zabiegowy** | 1 szt. |  |  |  |  |
| 4. | **Fotel ginekologiczny** | 1 szt. |  |  |  |  |
| Łącznie | |  |  |  |  |  |

\*wypełnić odpowiednio do zadania

1. Realizacja przedmiotu zamówienia**: 4 tygodnie od dnia podpisania umowy.**
2. W przypadku wyboru mojej/ naszej oferty, zobowiązuję/emy się do zawarcia umowy (zgodnej ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 5 do zapytania ofertowego) w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Dysponuję/emy wiedzą i doświadczeniem w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia oraz dysponuję/emy zdolnościami technicznymi lub zawodowymi oraz zdolnościami ekonomicznymi lub finansowymi zapewniającymi wykonanie przedmiotu zamówienia.
4. Informujemy, że uważamy się związani niniejszą ofertą w okresie wskazanym tj. 30 dni.
5. Oświadczamy, iż:

- zamierzamy/ nie zamierzamy \* powierzać podwykonawcy wykonania części zamówienia . w zakresie …………………………………………………………………………………………………

1. Dane Wykonawcy na które należy kierować korespondencje w trakcie postępowania:

Numer telefonu ……………………………………………….e-mail………………………………….....………

1. Oświadczam, że ja jako Wykonawca oraz Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego nie podlegam/nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U.2024.507).