

**PCZ/II-ZP/15/2019 Załącznik nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

**Nazwa: ………………………………………………………………………………………………..…………**

**Siedziba: …………………………………………………………………………………………………...………**

Adres poczty elektronicznej: ………………… Strona internetowa: ……………………………….

Numer telefonu: ………………………… Numer faksu: ……………………………………….

Numer Regon: ………………………… Numer NIP: ………………………………………..

**Imię i nazwisko osoby uprawnionej/upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy** (zgodnie z ustanowioną zasadą reprezentacji):

…………………………………………………………………………

**PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA**

**Sp. z o. o.**

**ul. Szpitalna 30**

**88-400 Żnin**

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu na **dostawę sprzętu rehabilitacyjnego dla Pracowni Fizjoterapii Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie, realizowaną w ramach projektu pn. „Wyższa jakość usług medycznych i podniesienie poziomu bezpieczeństwa pacjentów   
i personelu Pałuckiego Centrum Zdrowia przez budowę systemu bezpiecznej komunikacji”   
nr RPKP.06.01.01-04-0064/17 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Osi priorytetowej 6.Solidarne społeczeństwo i konkurencyjne kadry Działania 6.1 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną Poddziałania 6.1.1. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko – Pomorskiego na lata 2014-2020**

1. **Oferujemy** dostawę będącą przedmiotem niniejszego zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (wpisać odpowiednio – w zakresie oferowanego przedmiotu zamówienia):

**- Pakiet 1 – Sprzęt rehabilitacyjny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. miary** | **Ilość** | **Cena jedn.**  **netto** | **Wartość netto(zł)**  **(poz. 4x5)** | **Stawka podatku VAT**  **(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**  **(poz. 6x7)** | **Wartość brutto (zł)**  **(poz. 6+8)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
|  | Stół rehabilitacyjny elektryczny – wyposażenie UGUL | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
|  | Stół rehabilitacyjny do terapii metodą Bobath | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
|  | Stół do masażu i rehabilitacji, trzysekcyjny, rehabilitacyjny | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
|  | Rower rehabilitacyjny elektryczny | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
|  | Elektryczna szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego i łokciowego | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
|  | Stół do masażu pięciosekcyjny elektryczny | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

**Uwaga! W Pakiecie 1 – Zamawiający wymaga kompletnej - pełnej oferty.**

Słownie wartość brutto: …………………………………………………………………………….….. zł.

Termin dostawy (realizacji zamówienia) - ……………..tygodni od daty zawarcia umowy/wpisać *(Wymóg Zamawiającego: maksymalnie 3 tygodnie - termin dostawy będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt.13.3 SIWZ ).*

Okres gwarancji - *……………..*miesięcy*(Zamawiający określa minimalną oraz maksymalną długość okresu gwarancji, w przedziale od 12 do 24 miesięcy; okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 13.4 SIWZ)*

**- Pakiet 2 – Wyposażenie sali rehabilitacyjnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. miary** | **Ilość** | **Cena jedn.**  **netto** | **Wartość netto(zł)**  **(poz. 4x5)** | **Stawka podatku VAT**  **(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**  **(poz. 6x7)** | **Wartość brutto (zł)**  **(poz. 6+8)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| **1.** | Kabina UGUL  z osprzętem | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **2.** | Tablica do ćwiczeń manualnych | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **3.** | Lustro korekcyjne trzyczęściowe z siatką posturograficzną metalowe | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **4.** | Poręcze do nauki chodzenia | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **5.** | Maty rehabilitacyjne 185x60x1,5cm | **Szt.** | **4** |  |  |  |  |  |
| **6.** | Drabinka rehabilitacyjna | **Szt.** | **4** |  |  |  |  |  |
| **7.** | Przyrząd do ćwiczeń stawu skokowego | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **8.** | Kula z sandałami do ćwiczeń stawu skokowego | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **9.** | Platforma Balance | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **10.** | Piłka rehabilitacyjna 45 cm | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **11.** | Piłka rehabilitacyjna 75 cm | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **12.** | Półwałki 40x25x25 | **Szt.** | **4** |  |  |  |  |  |
| **13.** | Półwałki 60x18x12 | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |  |  |  |

**Uwaga! W Pakiecie 2 – Zamawiający wymaga kompletnej - pełnej oferty.**

1. Słownie wartość brutto: ………………………………………………………………………….….. zł.
2. Termin dostawy (realizacji zamówienia) - ……………..tygodni od daty zawarcia umowy/wpisać *(Wymóg Zamawiającego: maksymalnie 3 tygodnie - termin dostawy będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt.13.3 SIWZ ).*
3. Okres gwarancji - *……………..*miesięcy*(Zamawiający określa minimalną oraz maksymalną długość okresu gwarancji, w przedziale od 12 do 24 miesięcy; okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w pkt. 13.4 SIWZ)*
4. Oświadczamy, że powyższe ceny brutto zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
5. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia określonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy żadnych zastrzeżeń. Uzyskaliśmy również wszystkie informacje konieczne do przygotowania oferty.
6. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym. Informacje podane w ofercie i w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.
7. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejsza ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
8. Oświadczamy, że Wzór umowy (Załącznik nr 5 do SIWZ) został przez nas zaakceptowany   
   i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, do zawarcia umowy na wymienionych we Wzorze umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
9. Oświadczam, że wybór niniejszej oferty (art. 91 ust. 3a ustawy Pzp):

* **będzie**\* prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w zakresie ......………………………… (należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, które będą prowadziły do powstania u Zamawiającego takiego obowiązku podatkowego), o wartości ……………… zł netto (należy wskazać wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku)
* **nie będzie**\* prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług

***\**** *zaznaczyć właściwe*

1. **Oświadczam**, że w/w zamówienie:

* zobowiązujemy się wykonać **samodzielnie**\*
* w/w zamówienie w zakresie: ………………………………..………………………………... wykonamy **przy pomocy podwykonawców**\*.

\**skreślić / wypełnić odpowiednio*

1. **Oświadczam,** że:

* Wykonawca jest: **małym / średnim/ dużym** przedsiębiorcą (*niepotrzebne skreślić).*
* *małe przedsiębiorstwo - przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR,*
* *średnie przedsiębiorstwo**- przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*
* Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkowskiego Unii Europejskiej:
* **TAK** skrót literowy nazwy państwa ……………….
* **NIE**

(właściwe zaznaczyć „X”)

* Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej:
* **TAK** skrót literowy nazwy państwa ……………….
* **NIE**

(właściwe zaznaczyć „X”)

1. **Oświadczam,** że niniejsza oferta **ZAWIERA**\* **/ NIE ZAWIERA** (skreślić odpowiednio) informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, które nie mogą być udostępnione innym wykonawcom.

\*do oferty załączyć **uzasadnienie zastrzeżenia oferty**.

1. **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.\*\*

\* rozporządzenie 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, str. 1).

\*\*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, treści oświadczenia Wykonawca **nie składa** (Wykonawca może usunąć treść oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

-------------------------------- dnia ------ -------- 2019 r.

……………………………………………………………….

Podpis osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

oraz pieczątka/pieczątki