\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa Wykonawcy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość :** |  | | **Data:** |  |
| **ZAMAWIAJĄCY:** | | **PAŃSTWOWA UCZELNIA ZAWODOWA**  **IM. PROF. STANISŁAWA TARNOWSKIEGO**  **W TARNOBRZEGU**  **UL. SIENKIEWICZA 50**  **39-400 TARNOBRZEG** | | |

**FORMULARZ OFERTOWY**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt 2) ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych pn.:

**„Dostawa defibrylatora oraz urządzenia do resuscytacji na potrzeby kierunku Ratownictwo Medyczne w Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu (zamówienie z podziałem na 2 części)’’.**

1. **DANE WYKONAWCY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy**  (Pełnomocnik w przypadku konsorcjum) | | | |  | | | |
| **Siedziba Wykonawcy**  (ulica; numer; kod pocztowy miejscowość) | | | |  | | | |
| **Adres do korespondencji**  (ulica; numer; kod pocztowy miejscowość) | | | |  | | | |
| **NIP:** |  | | **REGON:** | |  | **KRS:** |  |
| **Osoba do kontaktu**  (imię i nazwisko) | |  | | | | | |
| **Telefon:** | |  | | | **Adres email:** |  | |
| **Adres skrzynki ePUAP** | |  | | | | | |
| (jeśli dotyczy) **KONSORCJUM z**  (nazwa partnera; Siedziba – ulica, numer , kod , miejscowość) | |  | | | | | |

1. **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | | | |
| **Część 1 - Dostawa defibrylatora.** | | | |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO** |  | | |
| **Netto słownie:** |  | | |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  | | |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**  Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  | | |
| **Brutto słownie:** |  | | |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 10 dni kalendarzowych | do 15 dni kalendarzowych | do 20 dni kalendarzowych |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OFERUJEMY WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | | | |
| **Część 2 – Dostawa urządzenia do resuscytacji.** | | | |
| **za CENĘ OGÓŁEM NETTO** |  | | |
| **Netto słownie:** |  | | |
| **wartość podatku VAT (\_\_%)** |  | | |
| **za CENĘ OGÓŁEM BRUTTO**  Całkowita cena brutto za całość przedmiotu zamówienia |  | | |
| **Brutto słownie:** |  | | |
| **TERMIN REALIZACJI\*** | do 20 dni kalendarzowych | do 25 dni kalendarzowych | do 30 dni kalendarzowych |

\***Właściwe zaznaczyć / Niepotrzebne skreślić**

1. **POTWIERDZENIE WYMOGÓW ZAMAWIAJĄCEGO**
2. **Oświadczam**, że zapoznałem się z warunkami zawartymi w SWZ, ze wszystkimi załącznikami do SWZ, w tym ze wzorem umowy i ewentualnymi informacjami dla Wykonawców oraz że akceptuje je bez zastrzeżeń.
3. **Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia jest w pełni zgodny z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym integralną cześć SWZ.
4. **Oświadczam,** że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego zawarte w SWZ oraz wszystkich załącznikach do SWZ.
5. **Oświadczam**, że uzyskałem wszelkie niezbędne informacje konieczne do przygotowania oferty.
6. **Oświadczam**, że podana wyżej cena ofertowa obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, uwzględnia wszelkie koszty, okoliczności  
   i ryzyka niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia dla osiągnięcia zamierzonego efektu rzeczowego, o których mowa w SWZ.
7. **Oświadczam**, że jestem związany ofertą przez okres wskazany w SWZ.
8. **Oświadczam**, że w przypadku przyznania zamówienia zawrę umowę  
   na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 3 do SWZ.
9. **Oświadczam**, że zamówienie wykonamy **samodzielnie\*/przy pomocy podwykonawców\*,** którym zamierzamy powierzyć wykonanie następującej części zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **OKREŚLENIE CZĘŚCI ZAMÓWIENIA I NAZWY PODWYKONAWCY** |
|  |  |
|  |  |

*Niewypełnienie oznacza wykonanie całości zamówienia bez udziału podwykonawców*

1. **Informuję**, że wybór przedmiotowej oferty **będzie\*/nie będzie\*** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

Jeżeli taki obowiązek powstanie u Zamawiającego informuję, iż dotyczy on:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi** | **Wartość** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Oświadczam**, iż w cenie oferty uwzględniliśmy wszystkie wymagania SWZ oraz wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia
2. **Oświadczam**, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach  
   są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.
3. **Tajemnica przedsiębiorstwa.** Korzystając z uprawnienia nadanego treścią art. 18 ust. 3 ustawy Pzp, zastrzegamy że informacje i dokumenty zawarte w załączniku  
   o nazwie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stanowią tajemnice przedsiębiorstwa zgodnie z definicją zawartą w treści art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2020r. poz. 1913) i nie mogą być one udostępniane.
4. **Oświadczam**, że zapoznałem się z treścią Rozdziału XXI SWZ oraz że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio przekazałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego  
   w niniejszym postępowaniu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*miejscowość i data podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić