Znak sprawy:**PDZP-26/Z-3/24 Załącznik nr 2 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach**

**ul. Karola Olszewskiego 2A**

**25-663 Kielce**

**FORMULARZ OFERTY**

**Na zakup i dostawę urządzeń do rehabilitacji na potrzeby projektu „Profilaktyka Świętokrzyskich Pracowników”**

**Wykonawca/Wykonawcy** *(w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*:

|  |  |
| --- | --- |
| ***NAZWA*** |  |
| ***ADRES*** |  |
| ***NIP*** |  |
| ***REGON*** |  |
| *Dane, umożliwiające Zamawiającemu dostęp do odpisu lub informacji z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych****Adresy internetowe ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych[[1]](#footnote-1)*** | 🞏[*https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG/CEIDG.Public.UI/Search.aspx*](https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG/CEIDG.Public.UI/Search.aspx)🞏[*https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/*](https://ekrs.ms.gov.pl/web/wyszukiwarka-krs/strona-glowna/)🞏*inny adres bazy danych (wskazać): …………………………………………* |
| ***RODZAJ WYKONAWCY [[2]](#footnote-2)*** | 🞏 *mikroprzedsiębiorstwo*🞏 *małe przedsiębiorstwo*🞏 *średnie przedsiębiorstwo*🞏 *jednoosobowa działalność gospodarcza*🞏 *osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej*🞏 *inny rodzaj* |
| ***DANE KONTAKTOWE WYKONAWCY*** | *Imię i nazwisko osoby do kontaktu: ………………………………..* *Nr telefonu:………………………………………………………………* *Adres e-mail: …………………………………………………………….* |
| ***Dane osoby uprawnionej do podpisu umowy*** | *Imię i nazwisko osoby uprawnionej do podpisania umowy: ………………………………..*  |

**Dane Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia:**

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

ul. .....………….............................................. kod pocztowy, miasto ……………………………………………………………………………

kraj………………………………..……………………….................................

REGON ………………………..……………… NIP ……………………………………..……

tel. …………………………………………. e-mail ……………………………………………

\* *w przypadku potrzeby powielić liczbę wierszy dotyczących Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.*

Przystępując do postępowania prowadzonego w **trybie przetargu nieograniczonego** pn. **Zakup i dostawę urządzeń do rehabilitacji na potrzeby projektu „Profilaktyka Świętokrzyskich Pracowników” OFERUJEMY** wykonanie zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Warunków Zamówienia (SWZ), **na poniższych warunkach:**

**Część nr1-Urządzenia I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| **Lp.** | **Zakres rzeczowy**  | **J.m.** | **Ilość** | **Nazwa, typ, model****oferowanego przedmiotu zamówienia** | **Cena netto zł.**  | **VAT%** | **Cena brutto zł.** |
| **1** | Urządzenie do masażu membranowego - zgodnie z OPZ (Zał. nr 1A do SWZ) | szt | **1** |  |  |  |  |
| **2** | Urządzenie do ćwiczeń biernych stawu barkowego- zgodnie z OPZ (Zał. nr 1A do SWZ) | szt | **1** |  |  |  |  |
| **3** | Urządzenie do oceny posturalnych perturbacji-zgodnie z OPZ(Zał. nr1A do SWZ) | szt | **1** |  |  |  |  |
| **4** | Urządzenie do głębokiej stymulacji kawitacyjnej- zgodnie z OPZ(zał. nr1A) | szt | **1** |  |  |  |  |
| **5** | Urządzenie do rehabilitacji kończyn dolnych- zgodnie z OPZ (Zał. nr1A do SWZ) | szt | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |

1. **CENA OFERTY BRUTTO .....…………………………………………..……….….... zł**

**(słownie: ................................................................................................................).**

1. **Termin realizacji zamówienia (kryterium oceny ofert):**

□ 7 dni roboczych

□ 14 dni roboczych

□ 21 dni roboczych

***Należy dokonać wyboru jednego z wariantów.***

1. **Aspekt społeczny (kryterium oceny ofert):**

Wykonawca oświadcza, iż zatrudni do realizacji zamówienia co najmniej jedną osobę niepełnosprawną na umowę o pracę na co najmniej pół etatu:

*□ TAK*

*□ NIE*

***Należy dokonać wyboru jednego z wariantów***

W celu spełnienia kryterium Aspekt społeczny należy zaznaczyć odpowiednie pole wyboru znakiem „X”. W przypadku wpisania przez Wykonawcę jednocześnie znaku „X” obok wyrazów „TAK" i „NIE” albo wpisania przez Wykonawcę innego znaku niż „X” albo niewpisania znaku „X” przy żadnym z pól wyboru Zamawiający uzna, że Wykonawca nie deklaruje zatrudnienia do realizacji usługi publikacji artykułów osoby niepełnosprawnej i w tym kryterium Wykonawcy nie zostaną przyznane punkty.

1. **Gwarancja (kryterium oceny ofert):**

□ 24 miesiące

□ 36 miesięcy

□ 48 miesięcy

***Należy dokonać wyboru jednego z wariantów.***

**Część nr2-Urządzenia II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| **Lp.** | **Zakres rzeczowy**  | **J.m.** | **Ilość** | **Nazwa, typ, model****oferowanego przedmiotu zamówienia** | **Cena netto zł.**  | **VAT%** | **Cena brutto zł.** |
| **1** | Urządzenie do głębokiej stymulacji elektromagnetycznej mięśni dna miednicy-zgodnie z OPZ(Zał.nr1A do SWZ) | szt | **1** |  |  |  |  |
| **2** | Urządzenie wykorzystujące terapię skupioną falą uderzeniową- zgodnie z OPZ (Zał. nr 1A do SWZ) | szt | **1** |  |  |  |  |
| **3** | Stymulator elektromagnetyczny -zgodnie z OPZ(Zał. nr1A do SWZ) | szt | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |

1. **CENA OFERTY BRUTTO .....…………………………………………..……….….... zł**

**(słownie: ................................................................................................................).**

1. **Termin realizacji zamówienia (kryterium oceny ofert):**

□ 7 dni roboczych

□ 14 dni roboczych

□ 21 dni roboczych

***Należy dokonać wyboru jednego z wariantów.***

1. **Aspekt społeczny (kryterium oceny ofert):**

Wykonawca oświadcza, iż zatrudni do realizacji zamówienia co najmniej jedną osobę niepełnosprawną na umowę o pracę na co najmniej pół etatu:

*□ TAK*

*□ NIE*

***Należy dokonać wyboru jednego z wariantów***

W celu spełnienia kryterium Aspekt społeczny należy zaznaczyć odpowiednie pole wyboru znakiem „X”. W przypadku wpisania przez Wykonawcę jednocześnie znaku „X” obok wyrazów „TAK" i „NIE” albo wpisania przez Wykonawcę innego znaku niż „X” albo niewpisania znaku „X” przy żadnym z pól wyboru Zamawiający uzna, że Wykonawca nie deklaruje zatrudnienia do realizacji usługi publikacji artykułów osoby niepełnosprawnej i w tym kryterium Wykonawcy nie zostaną przyznane punkty.

1. **Gwarancja (kryterium oceny ofert):**

□ 24 miesiące

□ 36 miesięcy

□ 48 miesięcy

***Należy dokonać wyboru jednego z wariantów***

**Część nr3-Stoły do masażu i rehabilitacji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| **Lp.** | **Zakres rzeczowy**  | **J.m.** | **Ilość** | **Nazwa, typ, model****oferowanego przedmiotu zamówienia** | **Cena netto zł.**  | **VAT%** | **Cena brutto zł.** |
| **1** | Stół do masażu i rehabilitacji (3 sekcyjny)-zgodnie z OPZ(Zał.nr1A do SWZ) | szt | **1** |  |  |  |  |
| **2** | Stół do masażu i rehabilitacji (5 sekcyjny)-zgodnie z OPZ(Zał.nr1A do SWZ) | szt | **1** |  |  |  |  |
| **3** | Stół do masażu i rehabilitacji (przenośny)-zgodnie z OPZ(Zał.nr1A do SWZ) | szt | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |

1. **CENA OFERTY BRUTTO .....…………………………………………..……….….... zł**

**(słownie: ................................................................................................................).**

1. **Termin realizacji zamówienia ……………………….. dni roboczych** od dnia ostatecznego zaakceptowanego projektu przez Zamawiającego.

W przypadku niepodania przez Wykonawcę terminu dostawy , Zamawiający uzna, iż Wykonawca zaoferował minimalną, wymaganą przez Zamawiającego wartość zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia.

1. **Aspekty społeczne (kryterium oceny ofert)**

Wykonawca oświadcza, iż zatrudni do realizacji zamówienia co najmniej jedną osobę niepełnosprawną na umowę o pracę na co najmniej pół etatu ***(należy zaznaczyć odpowiednie pole wyboru znakiem ,,X”)***

|  |
| --- |
|  |

 - TAK

|  |
| --- |
|  |

 - NIE

W celu spełnienia kryterium Aspekty społeczne należy zaznaczyć odpowiednie pole wyboru znakiem „X”. W przypadku wpisania przez Wykonawcę jednocześnie znaku „X" obok wyrazów „TAK" i „NIE" albo wpisania przez Wykonawcę innego znaku niż „X” albo niewpisania znaku „X” przy żadnym z pól wyboru Zamawiający uzna, że Wykonawca nie deklaruje zatrudnienia do realizacji usługi publikacji artykułów osoby niepełnosprawnej i w tym kryterium Wykonawcy nie zostaną przyznane punkty.

1. **Gwarancja (kryterium oceny ofert)**

**Gwarancja na przedmiot zamówienia:**

□ 24 miesiące

□ 36 miesięcy

□ 48 miesięcy

***Należy dokonać wyboru jednego z wariantów.***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Oświadczamy, że zaoferowana cena zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, które poniesie zamawiający i w toku realizacji zamówienia nie ulegnie zmianie.
2. Oświadczamy, że uzyskaliśmy od Zamawiającego wszystkie niezbędne informacje dotyczące niniejszego zamówienia.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ wraz z załącznikami i akceptujemy określone w niej warunki oraz zasady postępowania.
4. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy z należytą starannością, zgodnie z wymaganiami i wytycznymi zawartymi w SWZ i załącznikach do SWZ, z zachowaniem wymaganej jakości.
5. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty wyrażamy zgodę na realizację zamówienia w terminach wskazanych w SWZ oraz załącznikach do SWZ.
6. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy **sami/z udziałem podwykonawców[[3]](#footnote-3)
w części………………………………… przez firmę ……………………………………… (podać pełną nazwę firmy[[4]](#footnote-4)).**

W przypadku braku ww. oświadczenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca realizował będzie zamówienie bez udziału podwykonawców.

1. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
2. Oświadczamy, iż wybór naszej oferty prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego na podstawie ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług
w zakresie[[5]](#footnote-5):
* nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego: ………………………………………………………
* wartość netto ………………………………...... złotych
* zgodnie z wiedzą wykonawcy zastosowanie będzie miała następująca stawka VAT: ……....
1. Oświadczamy, że „Projektowane postanowienia umowy”, stanowiące **załącznik nr 7do SWZ**, zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w nich warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
2. **Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzania oferty (art. 297 Kodeksu Karnego).**
3. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[6]](#footnote-6) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
4. Załącznikami do niniejszej oferty są:
* .......................................................................................
* .......................................................................................

***Niniejszy dokument podpisuje Wykonawca kwalifikowanym podpisem elektronicznym***

1. *właściwe zaznaczyć* [↑](#footnote-ref-1)
2. *właściwe zaznaczyć* [↑](#footnote-ref-2)
3. *niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-3)
4. *o ile jest znana na tym etapie* [↑](#footnote-ref-4)
5. *jeśli dotyczy* [↑](#footnote-ref-5)
6. 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). [↑](#footnote-ref-6)