*Załącznik Nr 2 do zaproszenia*

*DZPZ.2150.29.6.2024*

(miejscowość, data)

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

(pieczątka wykonawcy)

tel.: ...................................

fax: ...................................

**Samodzielny Publiczny**

**Szpital Wojewódzki**

**im. Papieża Jana Pawła II**

**ul. Al. Jana Pawła II 10**

**22-400 Zamość**

**fax (084) 638 33 00**

**OFERTA WYKONAWCY**

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy DZPZ.2150.29.6.2024) na dostawę strzykawek do gazometrii.

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu,   
za kwotę w wysokości netto: ....................................... zł

(słownie: ………...................................................................................................... zł)

stawka podatku VAT ................... %

brutto: ........................................................................ zł

(słownie: ………...................................................................................................... zł)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy.
3. Oświadczam, że oferowane ………………………….. spełniają wymagania określone w pkt. I zaproszenia.
4. Oferuję termin płatności ....... dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 60 dni).
5. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi określone w przepisach obowiązującego prawa, jest bezpieczny i dopuszczony do używania na terenie Polski.
6. Oświadczam, że na oferowane …………………………… posiadam deklarację zgodności CE o spełnieniu wymagań zasadniczych, certyfikat zgodności dla oferowanego przedmiotu zamówienia, zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych i na każde żądanie Zamawiającego we wskazanym terminie prześle wymagane dokumenty.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w zaproszeniu do złożenia ofert na dostawę probówek do pobierania krwi włośniczkowej(mikrometoda) użytku określonych przez administratora danych osobowych Samodzielnego Publicznego Szpital Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu w celu przeprowadzenia postępowania i późniejsze jego realizacji. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej w załączniku nr 5 do niniejszego zaproszenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i  prawie poprawiania.

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:

1. aktualny odpis z właściwego rejestru (np. KRS) lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,
2. pełnomocnictwo w oryginale bądź notarialnie poświadczone w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika.
3. formularz oferty cenowej
4. szczegółowa charakterystyka oferowanego sprzętu (ulotka, folder opis, itp.) z jednoczesnym podaniem producenta i numeru katalogowego, zawierające minimum informacje podane   
   w szczegółowym opisie zamówienia.
5. Oświadczenie z 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 zgodne z Załącznikiem Nr 6 do Zaproszenia.

…………………………………………….

podpis osoby uprawnionej /upoważnionej \*

do reprezentowania Wykonawcy

( podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej \*)

* *niepotrzebne skreślić*