……………………………………………………

*pieczęć firmowa*

**OFERTA WYKONAWCY**

**Do Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu SP ZOZ   
60-346 Poznań ul. Rycerskiej 10.**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na sukcesywne dostawy leków gotowych, płynów infuzyjnych oraz pasków do pomiaru poziomu glukozy we krwi dla WSPR w Poznaniu

**Ofertę przetargową składa:**

**WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Nazwa wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Siedziba wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Województwo: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nr telefonu: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nr faksu: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres e-mail: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

nr REGON: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

nr NIP: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

* + 1. **Wielkość przedsiębiorstwa (oznaczyć znakiem X lub podobnym):**

|  |  |
| --- | --- |
| Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR |  |
| Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR |  |
| Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. |  |
| Żadne z powyższych |  |

* + 1. **OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

* + 1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę**

**Pakiet nr 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto | Wartość Brutto |
|  |  |

Słownie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| 24 godzin |  |
| 48 godzin |  |
| 72 godzin |  |

Zobowiązujemy się do dostawy zamawianego towaru w ciągu . . . . . . . godzin od złożenia zamówienia.

**Pakiet nr 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto | Wartość Brutto |
|  |  |

Słownie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| 24 godzin |  |
| 48 godzin |  |
| 72 godzin |  |

Zobowiązujemy się do dostawy zamawianego towaru w ciągu . . . . . . . godzin od złożenia zamówienia.

**Pakiet nr 3**

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto | Wartość Brutto |
|  |  |

Słownie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| 24 godzin |  |
| 48 godzin |  |
| 72 godzin |  |

Zobowiązujemy się do dostawy zamawianego towaru w ciągu . . . . . . . godzin od złożenia zamówienia.

**Pakiet nr 4**

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto | Wartość Brutto |
|  |  |

Słownie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin dostawy** | |
| Realizacja zamówienia w ciągu. | Zaznaczyć „X” właściwe, pozostałe pola wykreślić. |
| 24 godzin |  |
| 48 godzin |  |
| 72 godzin |  |

Zobowiązujemy się do dostawy zamawianego towaru w ciągu . . . . . . . godzin od złożenia zamówienia.

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentami przetargowymi i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
2. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczamy, iż niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w specyfikacji, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
5. Oświadczamy, że faktury za dostawę będziemy przesyłać zgodnie z żądaniem Zamawiającego wyłącznie w wersji elektronicznej na adres: [efaktury@ratownictwo.med.pl](mailto:efaktury@ratownictwo.med.pl) lub za pośrednictwem PEF.
6. Na podstawie art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych   
   (tj.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 z późn. zm.)oświadczam/oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty:
7. nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*
8. prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*

Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania: ..........................................................................………………………………………….

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku: ……….........……………………………………. zł

1. Nie zamierzam(y) powierzać do pod wykonania żadnej części niniejszego zamówienia /następujące części niniejszego zamówienia, zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom:

Część - zakres zamówienia Nazwa( firma) podwykonawcy

………………………………………………………… …………………………………………………………………

Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

1)

*\*/ niepotrzebne skreślić*

*……………………………………*dnia *………………* 2020 r. ……………………………………

*miejscowość podpis, pieczątka osoby upoważnionej*