**ZAŁĄCZNIK NR 7**

***FORMULARZ OFERTA***
 DLA ZESPOŁU WOJEWÓDZKICH PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH
 w KATOWICACH

|  |
| --- |
| ***NAZWA WYKONAWCY: …………………………………………………………………………………………………………………………******ADRES SIEDZIBY:*** …………………………………………………………………………………………………NIP: ………………………………………… REGON: ………….……………….………………………Tel.: …………………………………….……… Fax: …………………..………….…………………………Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym …………………………..………………………..Tel.: …………………………………….………e – mail: ………………………………………Osoba odpowiedzialna za realizację przedmiotu Umowy ………………………………………………….Tel.: ……………………………………… e-mail: ……………………………………… |

Przystępując do postępowania, którego przedmiotem jest „Zakup aparatury medycznej dla Pracowni Patomorfologii przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” z siedzibą: przy
ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice oferuję realizację przedmiotu zamówienia, na warunkach określonych
w Specyfikacji Warunków Zamówienia za niżej podaną cenę:

**Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:**

1. adres Elektronicznej Skrzynki Podawczej Wykonawcy znajdującej się na platformie **ePUAP:
….…………………………………………………………………….…….……………**
2. adres poczty elektronicznej: …….……………….…..………………….……………………………….….

*Zamawiający przekazuje dokumenty, oświadczenia i wnioski w trakcie trwania postępowania na ww. adres elektronicznej skrzynki podawczej EPUAP/ adres poczty elektronicznej Wykonawcy, na co Wykonawca wyraża zgodę. Wykonawca niniejszym zobowiązuje się do utrzymania jego funkcjonalności przez czas trwania postępowania. O zmianie adresu elektronicznej skrzynki podawczej EPUAP/poczty elektronicznej do przekazywania korespondencji związanej z danym postępowaniem Wykonawca niezwłocznie zawiadamia Zamawiającego składając oświadczenie osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy. Domniemywa się, że dokumenty, oświadczenia i wnioski przekazane na adres poczty elektronicznej wskazany w formularzu ofertowym zostały doręczone skutecznie a Wykonawca zapoznał się z ich treścią.*

1. W ramach zamówienia „Zakup aparatury medycznej dla Pracowni Patomorfologii przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach” – Numer referencyjny***:* ZP/D/ 4 /23**, oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

***PAKIET NR ……..\****

* + - * 1. ***CENA* :**

Cena brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Słownie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

* + - * 1. ***GWARANCJA****:* …………………… MIESIĘCY
				2. ***PARAMETRY TECHNICZNE DODATKOWO OCENIANE – ZAŁĄCZNIK NR 1B – NR 6B do SWZ***

***\* Wykonawca zobowiązany jest do powtórzenia powyższego wzoru tyle razy, na ile części – Pakietów – składa ofertę; należy wpisać Numer Pakietu.***

1. Rodzaj przedsiębiorstwa, jakim jest Wykonawca - zaznaczyć właściwy kwadrat

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mikroprzedsiębiorca |
|  | Małe przedsiębiorstwo |
|  | Średnie przedsiębiorstwo |
|  | Duże przedsiębiorstwo |
|  | Jednoosobowa działalność gospodarcza |
|  | Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej |
|  | Inny rodzaj, opis: …………………………………………………………… |

1. **Oświadczenie dotyczące tajemnicy przedsiębiorstwa** (poniżej zaznaczyć właściwą odpowiedź):
* Żadna z informacji wskazanych w OFERCIE nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa
w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
* Wskazane poniżej informacje zawarte w OFERCIE stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa
w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z tym nie mogą być one udostępnione innym uczestnikom postępowania. Na dowód, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa przedstawiam/y dokumenty w postaci:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj informacji | Strony w OFERCIE |
| od numeru | do numeru |
| 1 |  |  |  |
| … |  |  |  |

1. Przedmiot zamówienia wykonam/y: ***sam/i / przy udziale Podwykonawcy*** (niepotrzebne skreślić)

Następującą część zamówienia zamierzam/y powierzyć Podwykonawcy (wypełnić tylko jeżeli dotyczy):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa części zamówienia | Nazwa i adres Podwykonawcy |
| 1 |  |  |
| … |  |  |

*UWAGA: Jeżeli Wykonawca pozostawi ten punkt niewypełniony, Zamawiający uzna, iż Wykonawca wykona przedmiot zamówienia sam, bez udziału Podwykonawcy*.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Projektowanych postanowień umowy i akceptuję je bez zastrzeżeń.
2. 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.
\*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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

…………………………………

(miejscowość i data)

.............................................................
 ( podpis Wykonawcy lub osób
 uprawnionych przez niego)