**Załącznik nr 1 do SWZ**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |

|  |
| --- |
| **OFERTA**  **dla Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego**  **03-709 Warszawa, ul. Józefa Sierakowskiego 13**  złożona w ramach postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego  w trybie podstawowym bez negocjacji zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. –  Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 1710 ze zm.), którego przedmiotem jest:  **DOSTAWA SPRZĘTU DO PRZESZCZEPU ROGÓWKI I BARWNIKÓW OKULISTYCZNYCH**  **do Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego** |
| **I. DANE WYKONAWCY:**  Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę: ……………..…………………………………………………………………………………………………….………..…..…………  Wykonawca/Wykonawcy:……………..……………..…………………………………………...……….……………….  ………………………………………………………………………………………………………..……….………………………….  Adres:………………………………………………………………………………………………………..……..……..…….......  Województwo **:** ……………………………………………………………………………………………………………………  REGON ……………………………………………………. NIP ……………………………………………………………………  KRS NR …………………………………………../jeśli dotyczy/  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: .……………….…………………………..…………..  Dane teleadresowe:  tel. …………………………………………………………… e-mail ……….……………..…………………………………………………  Wykonawca na Platformie Zakupowej wskaże adres e-mail, na który będą wysyłane komunikaty systemowe w związku z korespondencją przekazywaną w ramach niniejszego postępowania za pośrednictwem platformy.  Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): ……………..…………………………………………………………………………………………….……………………….……… |
| **II. OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**  Przedmiot zamówienia obejmuje dostawę :  **□** w zakresie pakietu nr 1 – Sprzęt do przeszczepu rogówki  □ w zakresie pakietu nr 2 – Barwnik do błon siatkówkowych  *\* zaznaczyć właściwe*  szczegółowo określonych w wypełnionym formularzu asortymentowo-cenowym stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej oferty. |
| **III. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA:**  Niniejszym oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ\* za  **1) pakiet nr 1 – Sprzęt do przeszczepu rogówki**  Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  **2) Barwnik do błon siatkówkowych**  ( Wartość netto ..........................PLN + ….... % VAT = wartość brutto ................................PLN  (słownie netto: .......................................................................................................................)  (słownie brutto: ......................................................................................................................)  \*Łączna cena ofertowa stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SWZ, w tym m. in.:  1) cenę oferowanych wyrobów medycznych,  2) koszty transportu do miejsca przeznaczenia tj. Działu Farmacji Szpitalnej mieszczącego  się w siedzibie Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w  Warszawie, przy ul. Marszałkowskiej 24/26,  3) podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami |
| **IV. OŚWIADCZENIA:**  1**. Oświadczamy,** że wszystkie zaoferowane produkty zostały dopuszczone do  obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach  medycznych, z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745  z dnia 5 kwietnia 2017 r. lub Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)  2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. z uwzględnieniem właściwych przepisów przejściowych  (zastosowanie do części postępowania, których przedmiotowe przepisy dotyczą).  Na potwierdzenie załączamy dokumenty: Certyfikat CE oraz Deklarację Zgodności UE  (inne jeśli dotyczy) - dot. pakietu/ów nr ……………………………….  2. Zamawiający wymaga dla wyrobów medycznych obecności kodu UDI na etykiecie wyrobu medycznego lub na wyrobie i wyższych poziomach opakowania, zgodnie z przepisami Rozporządzenia nr 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r., dla klas IIa i IIb dla wszystkich wyrobów medycznych wyprodukowanych po 26 maja 2023 roku - /jeśli dotyczy/  3**. Gwarancja jakościowa obejmująca termin ważności** oferowanych produktów nie będzie  krótsza/y niż **24** **miesiące** od daty dostawy każdej partii towaru.  4. **Termin i warunki realizacji przedmiotu zamówienia:**  Dostawy towaru następować będą sukcesywnie w ciągu 24 miesięcy od daty zawarcia  umowy na warunkach szczegółowo określonych w SWZ i wzorze umowy. Realizacja  dostaw częściowych odbywać się będzie zgodnie z potrzebami szpitala w terminie  nie dłuższym niż 5 dni robocze od daty zamówienia każdej partii towaru.  5. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;  6. Dostawy objęte przedmiotem zamówienia zamierzamy wykonać:  □ własnymi siłami\*  □ powierzyć wykonanie n/wym. części zamówienia podwykonawcom\*:.............................................................................................................................................  *(zakres i wartość części zamówienia, która realizowana będzie przez podwykonawcę)*  *\* zaznaczyć właściwe*  7. Zapoznaliśmy się z SWZ oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń  oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.  8. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** licząc od dnia otwarcia  Ofert.  9. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie na zasadach  opisanych we wzorze umowy w terminie do **30 dni** od daty otrzymania przez  Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.  10. **Oświadczamy,** że jesteśmy :\*  □ mikroprzedsiębiorstwem  □ małym przedsiębiorstwem  □ średnim przedsiębiorstwem  □ □ inne  \* *zaznaczyć właściwe*  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**. |
| **V. ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**  1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez  Zamawiającego;  2. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji  umowy będzie: ................................................................................................................  e-mail:………...……........……..……… tel…………………………..……..….fax: ........................…..; |
| **VI. ZAŁACZNIK DO OFERTY:**  Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:   1. ........................................................................................................................................... 2. ........................................................................................................................................... 3. ........................................................................................................................................... 4. ........................................................................................................................................... |
| Formularz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców. |