Załącznik nr 2 do SWZ

|  |
| --- |
| **Uniwersyteckie Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Sp. z o.o.**  **ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań,** |

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na**

**dostawę unitów stomatologicznych**

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego **UCSIMS/382/7/24**

**1. ZAMAWIAJĄCY:**

Uniwersyteckie Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Sp. z o.o.

ul. Bukowska 70,

60-812 Poznań

**2. WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**3. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

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

1. **Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:**
   1. zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
   2. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej modyfikacji,
   3. akceptuję(emy) bez zastrzeżeń **wzór umowy**,
   4. w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję(emy) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
   5. Zamierzam powierzyć podwykonawcy lub podwykonawcom wykonanie następującej części zamówienia (jeżeli dotyczy):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma i adres podwykonawcy | Wartość zamówienia jaka przypada na podwykonawcę  [%] |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

* 1. W ramach realizacji przedmiotowego zamówienia zamierzam skorzystać z następujących dostawców (jeżeli dotyczy):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma i adres dostawcy | Wartość zamówienia jaka przypada na dostawcę  [%] |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

* 1. W ramach realizacji przedmiotowego zamówienia zamierzam skorzystać z zasobów następujących podmiotów trzecich (jeżeli dotyczy):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma i adres podmiotu udostępniającego zasoby | Wartość zamówienia jaka przypada na podmiot udostępniający zasoby  [%] |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

1. Wybór oferty prowadzić będzie do powstania u Zamawiających obowiązku podatkowego   
   w zakresie …………………………………………………………………………………\*

Wartość podatku wynosi: ……………………………………………\*

1. Oferuję(emy) wykonanie przedmiotu zamówienia w cenie:

**Część 1:**

Wartość jednostkowa netto:…………………….. x 9 szt.

Wartość netto:..............................................

podatek VAT w kwocie .................................   
czyli **cena** ofertowa wynosi:   
brutto: ..........................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Urządzenie | Nazwa / typ / model / producent |
| 1 | Unit stomatologiczny z wyposażeniem |  |

Oferujemy wydłużenie **Okresu Gwarancji** – **TAK / NIE\*.**

Oferujemy wydłużenie Okresu Gwarancji o **…….. \* miesięcy**

Oferujemy skrócenie **Terminów Usuwania Wad w ramach Gwarancji** – **TAK / NIE\*.**

Oferujemy skrócenie Terminów Usuwania Wad w ramach Gwarancji do:

**Wada Krytyczna – … Dni**

**Wada Zwykła – … Dni**

**Część 2:**

Wartość jednostkowa netto:…………………….. x 2 szt.

Wartość netto:..............................................

podatek VAT w kwocie .................................   
czyli **cena** ofertowa wynosi:   
brutto: ..........................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Urządzenie | Nazwa / typ / model / producent |
| 1 | Unit stomatologiczny z wyposażeniem |  |

Oferujemy wydłużenie **Okresu Gwarancji** – **TAK / NIE\*.**

Oferujemy wydłużenie Okresu Gwarancji o **…….. \* miesięcy**

Oferujemy skrócenie **Terminów Usuwania Wad w ramach Gwarancji** – **TAK / NIE\*.**

Oferujemy skrócenie Terminów Usuwania Wad w ramach Gwarancji do:

**Wada Krytyczna – … Dni**

**Wada Zwykła – … Dni**

1. Łączny koszt nabycia (cena ofertowa brutto) uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz istotnymi postanowieniami umowy określonymi w SWZ.
2. **Nie podlegam / podlegam\*** wykluczeniu w myśl art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie [(Dz.Urz.UE.L Nr 229, str. 1)](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrsheydonjvguyde);
3. Oświadczamy, że jesteśmy (*odpowiednie zakreślić):*

* mikroprzedsiębiorstwem (zatrudniającym mniej niż 10 osób i roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów euro),
* małym przedsiębiorstwem (zatrudniającym mniej niż 50 osób i roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro),
* średnim przedsiębiorstwem (zatrudniającym mniej niż 250 osób i roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro).

*…………………..............................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*)

*…........... dnia ................ 2024 roku.*