**Załącznik 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

**DLA CZĘŚCI ……….**

Oferta złożona do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym na: „Dostawa produktów leczniczych (leków) do SPZOL w Rajczy przez okres 24 miesięcy, czyli od 01.01.2022 r. do 31.12.2023 r.”

1. **Dane dotyczące Wykonawcy:**

**Nazwa firmy (Wykonawcy)1: .....................................................................................**

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

**Województwo: ........................................................................................................**

**NIP: ..........................................................**

**REGON: ……………………………….............................**

**................................................................**

**numer telefonu Wykonawcy wraz z numerem kierunkowym2**

**................................................................**

**adres e-mail wykonawcy2**

**................................................................**

**adres skrzynki ePUAP**

**.................................................................**

**nr konta bankowego do wpisania do umowy**

**(numer konta winien być zgodny z wykazem informacji o podatnikach VAT)**

**…………………………………………………………………**

**(Urząd Skarbowy właściwy dla Wykonawcy)**

*Dane (telefon, faks, e-mail) podaję dobrowolnie w celu usprawnienia kontaktu z Urzędem Gminy w zakresie prowadzonego postępowania*

1. **Cena ofertowa zamówienia**:

**Netto …………………….................................... złotych**

**/słownie: ........................................................................................................../**

**Podatek VAT 23% …………………….................... złotych**

**/słownie: ........................................................................................................../**

**Brutto ……………………................................... złotych**

**/słownie: ........................................................................................................../**

1. **Pozacenowe kryteria wyboru oferty:**
2. **termin dostawy leków CITO (w tym samym dniu)**

* **zaoferowanie terminu dostawy leków CITO do 7 godzin**
* **zaoferowanie terminu dostawy leków CITO do 6 godzin**
* **zaoferowanie terminu dostawy** **leków CITO do 4 godzin**

***\*wybierz właściwe***

**b) termin dostawy leków pozostałych**

* **zaoferowanie terminu dostawy do godziny 10:00 dnia następnego po zgłoszeniu**
* **zaoferowanie terminu dostawy do godziny 9:00 dnia następnego po zgłoszeniu**
* **zaoferowanie terminu dostawy do godziny 7:00 dnia następnego po zgłoszeniu**

***\*wybierz właściwe***

1. **Termin realizacji zamówienia:**

**Od 01.01.2022 r. do 31.12.2023 r.**

1. **Rodzaj przedsiębiorstwa jakim jest Wykonawca2 (zaznaczyć właściwą opcję).**

**Mikroprzedsiębiorstwo: TAK / NIE**(\*)

**Małe przedsiębiorstwo: TAK / NIE**(\*)

**Średnie przedsiębiorstwo: TAK / NIE**(\*)

(\*) – niepotrzebne skreślić

1. **Niniejszym, oświadczam, że:**

- zapoznałem się z warunkami zamówienia, w tym treścią SWZ i przyjmuję je bez zastrzeżeń;

- gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią SWZ,

- jestem związany ofertą przez okres 30 dni, licząc od dnia upływu terminu składania ofert, tj. do dnia określonego w rozdziale XXIV SWZ,

- zrealizuję zamówienie w terminie wskazanym w SWZ;

- akceptuję bez zastrzeżeń projektowane postanowienia umowy, stanowiące załącznik nr 3 do SWZ i zobowiązuje się w przypadku wybrania oferty do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;

- wybór oferty prowadzić będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie następujących towarów/usług 3: ………………………………………………….............................................…

Wartość ww. towarów lub usług bez kwoty podatku wynosi: ……...........................………………………..

*\*wykreślić jeśli nie dotyczy*

- zamierzamy/nie zamierzamy\* powierzyć podwykonawcy wykonanie części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy  (o ile są znane) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

*\*niepotrzebne skreślić*

- wybieram/y następującą formę wystawiania i przekazywania faktur za przedmiot zamówienia:

* papierową (tradycyjną)
* elektroniczną ustrukturyzowaną

*\*zaznaczyć właściwe*

*1W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.*

*2Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i katorgo roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EURO.*

*Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikro przedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR. lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO.*

*3Wypełnić, o ile wybór oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w przeciwnym razie pozostawić niewypełnione.*