**Załącznik nr 2 do SWZ**

Pełna nazwa firmy: …………………………………………………………………………………………………………………

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

Siedziba i adres (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość, województwo): ………………….……………………………………………………………………………………………..

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

Nr KRS: ………………………… NIP:………………………… REGON:…………………………..

Adres poczty elektronicznej: …………………………………………………………………………….

Adres elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP: ………………………………………………………

Numer telefonu :…………………………………………………………………………………………

Osoba do kontaktu: ……………………………………………………………………………………..

**Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach**

**ul. Żeromskiego 5, 25-369 Kielce**

**OFERTA**

1. W odpowiedzi na ogłoszenie przez Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, postępowania

pn**. „Dostawa artykułów medycznych”, znak ADP.2301.9.2022**, składamy niniejsza ofertę oświadczając, że akceptujemy w całości wszystkie warunki zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ).

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze wszystkimi wymaganiami określonymi

w SWZ i załącznikach do niej oraz w zakresie objętym Specyfikacją Warunków Zamówienia

i załącznikami do niej za łączną cenę brutto: **………………zł brutto (słownie złotych:…………………………00/100)**, w tym należy podatek VAT.

1. Kalkulacja szczegółowa przedstawiona została w formularzu rzeczowo-cenowym zał. 1 do Formularza ofertowego.
2. W łącznej cenie brutto, o której mowa w pkt 2 uwzględniliśmy wszelkie niezbędne prace konieczne do wykonania zamówienia zgodnie z treścią SWZ i załączników do niej.
3. Oferujemy termin realizacji:

 **15 dni roboczych / 10 dni roboczych / 5 dni roboczych** \*

\* **Uwaga. Należy wybrać jeden z możliwych, oferowanych wariantów poprzez zakreślenie odpowiadającej mu liczby. Jeśli żaden wariant nie zostanie wybrany, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca zaoferował maksymalny termin dostawy tj.15 dni roboczych.**

1. Oferujemy: okres gwarancji: 24 miesiące; okres rękojmi: 24 miesiące.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni tj. do dnia ………...... r. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i nie wnosimy do jej treści żadnych zastrzeżeń. Zdobyliśmy również konieczne informacje potrzebne do właściwej wyceny oraz właściwego wykonania przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Warunków Zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na wymienionych w nim warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Termin płatności – 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury wraz z protokołem odbioru bez zastrzeżeń.
6. Przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać:

- sami bez udziału podwykonawców

- z udziałem podwykonawców\*

*\* Zaznaczyć właściwe*

Podwykonawcom zamierzam/y powierzyć następującą cześć zamówienia (zakres prac):

1) …………………………………, nazwa firmy podwykonawcy………………………… (jeżeli jest znany)

2) …………………………………, nazwa firmy podwykonawcy…………………………(jeżeli jest znany)

1. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, Wykonawca ustanawia pełnomocnika do reprezentowania go w postępowaniu albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego:

 …………………………………………….. tel. kontaktowy, mail: …………………………………

1. Osobami do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie przedmiotu umowy są: …………………. tel. ……………., e:mial:………………..
2. Informujemy, że dokumenty w celu potwierdzenia, że osoba/osoby działają w imieniu wykonawcy, znajdują się w formie elektronicznej pod następującymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych *(należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat)*
* https://prod.ceidg.gov.pl
* <https://ems.ms.gov.pl>
* Inne (podać ścieżkę dostępu)…………………..
1. Oświadczam/y, że jestem / nie jestem mikroprzedsiębiorstwem, małym lub średnim przedsiębiorstwem zgodnie z definicją zawartą w zaleceniu Komisji z dn. 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (Dz. Urz. UE nr 2003/361/WE). W przypadku zaznaczenia powyżej odpowiedzi twierdzącej, należy poniżej zaznaczyć krzyżykiem odpowiedni kwadrat:

 □ mikroprzedsiębiorstwo □ małe przedsiębiorstwo □ średnie przedsiębiorstwo

1. ZGODNIE Z ART. 225 UST. 2 USTAWY PZP INFORMUJĘ/EMY, ŻE WYBÓR OFERTY:
* nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie
z przepisami o podatku od towarów i usług\*
* będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.\*

Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył:

…………………………………………… o wartości netto: …………………………………… zł\*\*.

*(\*Zaznaczyć właściwe;*

*\*\*Należy wpisać nazwę/rodzaj towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług oraz ich wartość netto; jeżeli nie dotyczy - skreślić).*

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[2]](#footnote-2).
2. Informujemy, że w przypadku wybrania oferty, umowę podpisywały będą:

1…………………………….. ….……………………………

 (imię i nazwisko) (pełniona funkcja w firmie)

2………………………….. ... ……………………………….

 (imię i nazwisko) (pełniona funkcja w firmie)

Załącznikami do oferty są:

1. Formularz rzeczowo-cenowy
2. ……………………………………….
3. ……………………………………….

....................................... dnia ................…..r.

………………………………………………

podpis osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

 Załącznik nr 1 do formularza ofertowego - Formularz rzeczowo-cenowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** |  | **Opis asortymentu oferowanego,****ze wskazaniem nazwy producenta****i numeru katalogowego produktu (jeżeli produkt posiada nr katalogowy)** | **Ilość**  |  |  |  | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto****(kol.4 x kol.5)** |
| **1.** | **2.** |  |  **3.** | **4.** |  |  |  | **5.** | **6.** |
| 1 | Maseczki chirurgiczne jednorazowe,opakowanie 50 szt. |  |  | 300 opakowań |  |  |  |  |  |
|  |  | **Razem** |  |

 **……………………………………**

podpis osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

1. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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). [↑](#footnote-ref-2)