**Załącznik nr 2 Formularz ofertowy**

**do zapytania ofertowego na dostawę sprzętu i wyposażenia medycznego z dnia 13.06.2025 r.**

**OFERTA CENOWA na:**

**Dostawę sprzętu i wyposażenia medycznego**

|  |
| --- |
| (pieczęć Wykonawcy) |

Ja / My niżej podpisany/podpisani:

…..........................................................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz:

…..........................................................................................................................................................

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe na **dostawę sprzętu i wyposażenia medycznego**

w ramach projektu grantowego nr FENX.06.01-IP.03-0001/23 pn. „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)” współfinansowanego w ramach programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027, ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego

składam/y niniejszą ofertę:

1. Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz wypełnionym formularzem cenowym za następującą **cenę ryczałtową oraz okres gwarancji jakości i rękojmi:**

Wartość brutto ........................................ zł,

słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wartość podatku VAT: …............................. zł ….............%

słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wartość netto: ….........................................zł

słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Okres gwarancji jakości i rękojmi (w latach)…………………………………………………………………………………..

słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Formularz cenowy:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Model/ producent/ symbol** | **Cena jednostkowa netto (x ilość sztuk)** | **Podatek VAT w %** | **Cena jednostkowa brutto (x ilość sztuk)** |
|  | aparat do szybkiej diagnostyki - różne testy w tym CRP | 1 |  |  |  |  |
|  | aparat EKG | 1 |  |  |  |  |
|  | detektor tętna płodu | 1 |  |  |  |  |
|  | e- stetoskopy | 1 |  |  |  |  |
|  | elektroniczna waga dla niemowląt - przenośna | 1 |  |  |  |  |
|  | holter ciśnieniowy | 2 |  |  |  |  |
|  | holter ekg | 2 |  |  |  |  |
|  | koncentrator tlenowy | 6 |  |  |  |  |
|  | kozetka lekarska | 2 |  |  |  |  |
|  | lampa UV bakterio- i wirusobójcza | 1 |  |  |  |  |
|  | lodówka z monitoringiem temperatury | 1 |  |  |  |  |
|  | oczyszczacz powietrza | 1 |  |  |  |  |
|  | spirometr | 1 |  |  |  |  |
|  | stół do badania niemowląt | 1 |  |  |  |  |
|  | system wysiłkowy do wykonywania elektrokardiograficznych badań wysiłkowych oraz badań spoczynkowych z możliwością generowania raportów, archiwizacją badań EKG, przeglądaniem oraz opisywaniem | 1 |  |  |  |  |
|  | termometr elektroniczny | 2 |  |  |  |  |
|  | waga medyczna dla niemowląt | 1 |  |  |  |  |
|  | waga medyczna ze wzrostomierzem | 1 |  |  |  |  |
|  | waga z analizatorem masy ciała | 1 |  |  |  |  |
|  | wózek inwalidzki dla osoby dorosłej | 1 |  |  |  |  |
| Razem netto/brutto: | | | |  | ---------- |  |

2. Oświadczam(y), że zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego i akceptujemy w całości warunki zawarte w tych dokumentach.

3. Oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu z udziału w rozeznaniu rynku na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 514).

4. Wykonam/y przedmiot zamówienia w terminie: ……………………..2025 r.

5. Termin płatności faktury: do 7 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego na podstawie bezusterkowego protokołu odbioru.

6. Oświadczam/y, że jesteśmy płatnikami podatku VAT zarejestrowanymi pod nr NIP….....................

7. Nr naszego konta bankowego:...........................................................................................................

8. Uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres 14 dni od upływu terminu składania ofert.

9. Ofertę niniejszą składam/y na ……….. kolejno ponumerowanych stronach.

10. W związku z dopuszczeniem przez Zamawiającego przesyłania oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz informacji drogą elektroniczną wskazujemy adres e-mail przeznaczony do tej formy kontaktu: ………….......……………………………….......

Miejscowość, data:......................................... …………......................................................

(podpis osoby / osób /uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)