**Załącznik nr 1**

................................... ......................................................, ............. 2021 r.

*(pieczątka firmowa)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa

Adres

REGON

NIP

Nr rachunku bankowego

Telefon .................................. FAX .................................. e-mail

**Oświadczenie wykonawcy**

**w zakresie zapoznania się z treścią Regumaminu udzielania zamówień, których wartość jest mniejsza niż 130.000,00 zł**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu udzielania zamówień, których wartość jest mniejsza niż 130.000,00 zł w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich, zamieszczonym na stronie Zamawiającego <http://clo.com.pl/plany-postepowan-i-regulamin/>

...............................................

podpis Wykonawcy

**Oświadczenie wykonawcy**

**w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

...............................................

podpis 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).

\* 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).

**Niniejszym składamy ofertę na**

ogłoszone przez:

**Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. Dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II postępowanie:**

**13/DTT/2021**

**Nazwa:** *Wykonanie usług polegających na przeprowadzeniu przeglądów technicznych sterylizatorów*

w zakresie pakietów\*:

|  |  |
| --- | --- |
| **🞏** | **PAKIET 1** |
| **🞏** | **PAKIET 2** |

*\* wpisać znak 'x' w kratce przy nazwie wybranych pakietów*

**PAKIET 1 obejmuje przeprowadzenie przeglądu 1 szt. sterylizatora gazowego:**

**Sterylizator gazowy Steri-Vac 5XL (487B608)**

Nr fabryczny: **820154**

Rok produkcji: **2005**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres usługi** | | **Wartość netto**  **PLN** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto**  **PLN** |
| 1 PRZEGLĄD | Usługa przeglądu i dojazdu | |  |  |  |
| Części zamienne | |  |  |  |
| 2 PRZEGLĄD | Usługa przeglądu i dojazdu | |  |  |  |
| Części zamienne | |  |  |  |
|  | | **Razem:** |  |  |  |

Producent**: 3M**

**Wartość Pakietu 1 brutto: ………………………. zł** (słownie:……………………………………………………………………………………….………)

w tym:

netto: ………………………… zł

VAT: ………………………… zł

Oświadczam, że:

1. Będę realizował przedmiot umowy przy pomocy osób przeszkolonych, posiadających stosowne kwalifikacje i doświadczenie, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi przepisami i normami.
2. Posiadam wymagane uprawnienia do wykonywania przedmiotu umowy i jestem technicznie oraz organizacyjnie przygotowany do realizacji przedmiotu umowy.
3. Udzielam 12 miesięcznej gwarancji jakości na wykonane prace, oraz 12 miesięcznej gwarancji na części zamienne i podzespoły użyte do wykonania usługi.

……………………………., dnia ………………. 2021 r. …………………………………………………

popis Wykonawcy

**PAKIET 2 obejmuje przeprowadzenie przeglądu 2 szt. sterylizatorów parowych:**

**Sterylizator parowy Sterivap (HPE 666-2FDED)**

Nr fabryczny: **80626**

Rok produkcji: **2008**

Producent**: BMT**

i

**Sterylizator parowy Sterivap (HPE 666-2FD)**

Nr fabryczny: **80627**

Rok produkcji: **2008**

Producent**: BMT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres usługi** | | **Wartość netto**  **PLN** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto**  **PLN** |
| 1 PRZEGLĄD | Usługa przeglądu i dojazdu | |  |  |  |
| Części zamienne | |  |  |  |
| 2 PRZEGLĄD | Usługa przeglądu i dojazdu | |  |  |  |
| Części zamienne | |  |  |  |
|  | | **Razem:** |  |  |  |

**Wartość Pakietu 2 brutto: ………………………. zł** (słownie:……………………………………………………………………………………….………)

w tym:

netto: ………………………… zł

VAT: ………………………… zł

Oświadczam, że:

1. Będę realizował przedmiot umowy przy pomocy osób przeszkolonych, posiadających stosowne kwalifikacje i doświadczenie, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi przepisami i normami.
2. Posiadam wymagane uprawnienia do wykonywania przedmiotu umowy i jestem technicznie oraz organizacyjnie przygotowany do realizacji przedmiotu umowy.
3. Udzielam 12 miesięcznej gwarancji jakości na wykonane prace, oraz 12 miesięcznej gwarancji na części zamienne i podzespoły użyte do wykonania usługi.

……………………………., dnia ………………. 2021 r. …………………………………………………

popis Wykonawcy