

..... dnia

.....
[pieczęćka firmowa]**OFERTA****I. DANE WYKONAWCY:**

1. Pełna nazwa

.....

2. Przedstawiciel producenta*

.....

3. Adres i siedziba [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo]

.....

.....

4. Adres do korespondencji [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]

.....

.....

5. REGON

6. Telefon [z numerem kierunkowym]

7. Faks [z numerem kierunkowym]

8. E-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY:

dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie „przetargu nieograniczonego” przez:
Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa
 reprezentujący na podstawie udzielonego pełnomocnictwa

Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie
Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu
Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

znak: **ZZZP-170/18**, na:

DOSTAWA FABRYCZNIE NOWEJ APARATURY MEDYCZNEJ: AKCELERATOR LINIOWY
WYSOKOENERGETYCZNY

Postępowanie w ramach realizacji zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych
 pn. „Doposażanie zakładów radioterapii w Polsce” w 2018 r.

III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

DOSTAWA FABRYCZNIE NOWEJ APARATURY MEDYCZNEJ: AKCELERATOR LINIOWY WYSOKOENERGETYCZNY W LICZBIE 3 SZTUKI1. Cena oferty

Wartość „Łącznie dla Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu i Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach” wpisana w kolumnie 5 jest ceną ofertową brana pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert : 60% w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VII ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	ILOŚĆ	% VAT	CENA CAŁKOWITA NETTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN*	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN**
1	2	3	4	5
WYSOKOENERGETYCZNY CYFROWY PRZYSPIESZACZ LINIOWY DLA WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO W WARSZAWIE _____ PRODUCENT _____ TYP _____ ROK PRODUKCJI	1			
UBEZPIECZENIE, DOSTAWA, MONTAŻ, INSTALACJA I URUCHOMIENIE NOWEJ APARATURY	X			
SZKOLENIA PRACOWNIKÓW	X			
	ŁĄCZNIE dla: Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie			
WYSOKOENERGETYCZNY CYFROWY PRZYSPIESZACZ LINIOWY DLA OPOLSKIEGO CENTRUM ONKOLOGII W OPOLU _____ PRODUCENT _____ TYP _____ ROK PRODUKCJI	1			

UBEZPIECZENIE, DOSTAWA, MONTAŻ, INSTALACJA I URUCHOMIENIE NOWEJ APARATURY WRAZ ZE ZŁOMOWANIEM STAREGO URZĄDZENIA	X			
SZKOLENIA PRACOWNIKÓW	X			
ŁĄCZNIE dla: Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu				
WYSOKOENERGETYCZNY CYFROWY PRZYSPIESZACZ LINIOWY DLA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO CENTRUM ONKOLOGII W KIELCACH	1			
_____ PRODUCENT				
_____ TYP				
_____ ROK PRODUKCJI				
UBEZPIECZENIE, DOSTAWA, MONTAŻ, INSTALACJA I URUCHOMIENIE NOWEJ APARATURY WRAZ ZE ZŁOMOWANIEM STAREGO URZĄDZENIA	X			
SZKOLENIA PRACOWNIKÓW	X			
ŁĄCZNIE dla: Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach				
ŁĄCZNIE dla: Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu i Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach				

* cena netto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

** cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 5 (wiersz łącznie dla Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu i Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach) – wynosi słownie:

.....

2. Parametry jakościowe/techniczne przedmiotu zamówienia (waga w ocenie ofert: 40 % w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VII ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Wartość punktowa w kryterium nr 2 parametry techniczne przedmiotu zamówienia dokonana będzie na podstawie szczegółowego opisu parametrów podlegających ocenie, który stanowi załącznik nr 3 do formularza oferty.

IV. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I OBOWIĄZKÓW WYKONAWCY

1. **Terminy, wielkość i warunki dostawy** [Zgodnie z rozdziałem VI pkt 1 i 3 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy, wielkości i warunki dostaw określone w rozdz. VI pkt 1 i 3 SIWZ.

2. **Oświadczam, iż oferowany przedmiot zamówienia posiada następujące świadectwa i certyfikaty** [Zgodnie z rozdziałem VI pkt 2 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Nazwa dokumentu
..... zał. nr

Nazwa dokumentu
..... zał. nr

Nazwa dokumentu
..... zał. nr

3. **Okres i warunki gwarancji** [Zgodnie z rozdziałem VI pkt 4 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję okres i warunki gwarancji określone w rozdz. VI pkt 4 SIWZ i Wzorce umowy.

4. **Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem VI pkt 5 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. VI pkt 5 SIWZ i Wzorce umowy.

5. **Sposób kalkulacji ceny** [Zgodnie z rozdziałem VI pkt 6 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam sposób kalkulacji ceny przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale VI pkt 6 SIWZ.

6. **Obowiązki wykonawcy** [Zgodnie z rozdziałem VI pkt 7 SIWZ]:

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na obowiązki Wykonawcy zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale VI pkt 7 SIWZ i Wzorce umowy.

V. WPLATA WADIUM

[Zgodnie z rozdziałem III Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

1. Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:

..... zał. nr

2. Numer konta, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium:.....
(wypełnia się w przypadku wniesienia wadium w pieniądzu)**VI. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA I POTWIERDZAM SPEŁNIENIE WSZYSTKICH ZAWARTYCH W NIEJ WYMOGÓW****VII. POTWIERDZAM PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO UMÓW**

[Zgodnie z załącznikiem do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

VIII. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM ORAZ NAZWY (FIRMY) PODWYKONAWCÓW

[zgodnie z art. 36b ustawy P.z.p. / Patrz rozdział VI pkt 8 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE ***niepotrzebne skreślić*Jeśli **TAK** należy wypełnić

.....

IX. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZLIWEJ KONKURENCJI

[Patrz rozdział I pkt 21 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE ***niepotrzebne skreślić*

Określenie stron oferty, na której znajduje się tajemnica przedsiębiorstwa

.....

Wskazanie sposobu zabezpieczenia (np. złożenie w osobnej kopercie)

.....

i określenie czego dotyczy :

.....

Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa :

.....

X. HASŁO DESZYFRUJĄCE JEDNOLITY EUROPEJSKI DOKUMENT ZAMÓWIENIA

[Patrz rozdział II pkt 9 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

Należy podać wymagane informacje zachowując oryginalną pisownię stworzonego przez wykonawcę hasła, którego użył w celu zaszyfrowania przesłanego elektronicznie JEDZ.

--

XI. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty kopie dokumentów są zgodne z oryginałem.

XII. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

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

Ponadto oświadczamy, że:

- dostarczony przedmiot zamówienia będzie spełniał wszystkie wymagania zawarte w SIWZ, oraz będzie gotowy do eksploatacji bez żadnych dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego,
- jesteśmy związani ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert,
- w przypadku, gdy nasza oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, podpiszemy umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy*

LP.	WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
2.	Oferowane parametry techniczno-eksploatacyjne i warunki graniczne	
3.	Zestawienie parametrów ocenianych aparatury medycznej	

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie _____ ponumerowanych stron.

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTYPOSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP- 170/18**

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
 ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:
**DOSTAWA FABRYCZNIE NOWEJ APARATURY MEDYCZNEJ:
 AKCELERATOR LINIOWY WYSOKOENERGETYCZNY**

Pieczczę ubiegającego się o zamówienie

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

- zgodnie z rozdz. V ust. 1 pkt 1.6.,1.7.,1.8. SIWZ

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: _____

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne.

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczęć imienna
 osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

oświadczam, że ww. wykonawca/ firma w rozumieniu ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych.

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczęć imienna
 osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy:

- nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne*
- wydano wyrok lub decyzję*

Jeśli tak: Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub informacja o zawarciu wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

*niepotrzebne skreślić

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczęć imienna
 osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*