Załącznik nr 2 do SIWZ

FORMULARZ OFERTOWY

**FORMULARZ OFERTOWY  
DLA PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

**na**

**dostarczenie Systemów Autoryzacji**

**(karty chipowe, czytniki chipowe, oprogramowanie, certyfikaty).**

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego **SzW/8/2020**

**1. ZAMAWIAJĄCY:**

* **Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej;** ul. Zamkowa 2; 64-113 Osieczna
* **Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Śremie;** ul. Mickiewicza 95; 63-100 Śrem
* **Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego;** os. Kosmonautów 110; 61-642 Poznań
* **Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu;** ul. Krysiewicza 7/8; 61-825 Poznań
* **Szpital Wojewódzki w Poznaniu - Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku;** ul. Sanatoryjna 34; Kowanówko; 64-600 Oborniki
* **Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy;** ul. Poznańska 55 A; 60-852 Poznań
* **Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów;** ul. Szamarzewskiego 62, 60-569 Poznań
* **Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu;** ul. Poznańska 79; 62-800 Kalisz
* **Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie;** ul. Szpitalna 45; 62-504 Konin
* **Wojewódzki Zakład Opieki Psychiatrycznej Sp. z o.o.;** Sokołówka 1; 62-840 Koźminek
* **Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych "Dziekanka" im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie;** ul. Poznańska 15, 62-200 Gniezno
* **Wielkopolskie Centrum Neuropsychiatryczne im. Oskara Bielawskiego w Kościanie**; Plac Paderewskiego 1A; 64-000 Kościan
* **Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie;** ul. Kiepury 45, 64-100 Leszno
* **Wielkopolskie Centrum Ratownictwa Medycznego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;** ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1, 62-510 Konin
* **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Śremie;** ul. Promenada 7; 63-100 Śrem
* **Zakład Leczenia Uzależnień w Charcicach;** Charcice 12; 64-412 Chrzypsko Wielkie
* **Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy;** Wolica 113, 62-872 Godziesze Małe
* **Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych;** al. Solidarności 36; 61-696 Poznań
* **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej SPZOZ;** ul. Mogileńska 42; 61-044 Poznań
* **Szpital Miejski im. Franciszka Raszei** **w Poznaniu;** ul. Mickiewicza 2; 60-834 Poznań
* **Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo - Leczniczym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej;** ul. Szwajcarska 3; 61-285 Poznań
* **Szpital w Puszczykowie im. Prof. S.T. Dąbrowskiego S.A.;** ul. Kraszewskiego 11; 62-041 Puszczykowo
* **Szpital Powiatowy im. prof. Romana Drewsa**; ul. Żeromskiego 29; 64-800 Chodzież
* **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie;** ul. Kościuszki 96; 64-700 Czarnków
* **Szpital Pomnik Chrztu Polski;** ul. Świętego Jana 9; 62-200 Gniezno
* **SP ZOZ Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu;** Plac K. Marcinkowskiego 8/9; 63-800 Gostyń
* **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim;** ul. Mossego17; 62-065 Grodzisk Wielkopolski
* **Szpital Powiatowy w Jarocinie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;** ul. Szpitalna 1; 63-200 Jarocin
* **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kępnie;** ul. Szpitalna 7; 63-600 Kępno
* **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole;** ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 25; 62-600 Koło
* **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie;** ul. Szpitalna 7; 64-000 Kościan
* **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie;** ul. Młyńska 2; 63-700 Krotoszyn
* **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie;** ul. Szpitalna 10; 64-400 Międzychód
* **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. doktora Kazimierza Hołogi;** ul. Poznańska 30; 64-300 Nowy Tomyśl
* **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach;** ul. Szpitalna 2; 64-600 Oborniki
* **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej** **w Ostrowie Wlkp;** ul. Limanowskiego 20-22; 63-400 Ostrów Wlkp
* **Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.;** Aleja Wolności 4; 63-500 Ostrzeszów
* **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica;** ul. Rydygiera 1; 64-920 Piła
* **Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie Sp. z o.o.;** ul. Poznańska 125a; 63-300 Pleszew
* **Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.;** ul. Gen. Grota Roweckiego 6; 63-900 Rawicz
* **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy;** ul. Traugutta 7; 62 – 400 Słupca
* **Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o. o.;** ul. Chełmońskiego 1; 63-100 Śrem
* **Szpital Średzki Serca Jezusowego sp. z o. o.;** ul. Żwirki i Wigury 10; 63-000 Środa Wielkopolska
* **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szamotułach;** ul. Sukiennicza 13; 64-500 Szamotuły
* **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku;** Poduchowne 1; 62-700 Turek
* **Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance**; ul. Gen. W. Sikorskiego 9; 64-980 Trzcianka
* **Zespół Opieki Zdrowotnej** **w Wągrowcu;** ul. Kościuszki 74; 62-100 Wągrowiec
* **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie;** ul. Wschowska 3; 64-200 Wolsztyn
* **Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o.;** ul. Słowackiego 2; 62-300 Września
* **Szpital Powiatowy w Wyrzysku Sp. z o.o.;** ul. 22 Stycznia 41; 89-300 Wyrzysk
* **Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie;** ul. Szpitalna 28; 77-400 Złotów
* **Województwo Wielkopolskie,** al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań

**2. WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Nazwa wykonawcy: ...................................................................................

Siedziba wykonawcy: ...................................................................................

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

Nr telefonu: ...................................................................................

Nr faksu: ...................................................................................

Adres e-mail: ...................................................................................

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: ....................................................

nr REGON: ...................................................................................

nr NIP: …................................................................................

**3. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Nr faksu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**4. Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:**

* 1. zapoznałem się z treścią SIWZ dla niniejszego zamówienia,
  2. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SIWZ, wyjaśnień do SIWZ oraz jej modyfikacji,
  3. niniejsza oferta wiąże nas przez **60 dni** od upływu ostatecznego terminu składania ofert,
  4. akceptuję(emy) bez zastrzeżeń **wzór umowy**,
  5. w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję(emy) się zawrzeć umowę   
     w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
  6. **nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom**\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

* 1. 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.
  2. Wybór oferty prowadzić będzie do powstania u Zamawiających obowiązku podatkowego   
     w zakresie ………………………………………………….……………………………\*

Wartość podatku wynosi: …………………………………..……………………\*

* 1. Oferuję(emy) wykonanie przedmiotu zamówienia:

W cenie:

Wartość netto:............................................................................. (słownie):......................................................................................

plus podatek VAT w kwocie ..............................................….….....   
czyli **cena** ofertowa wynosi:   
brutto: ..........................................................................................  
słownie:...................................…...................................................

w tym:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Ilość** | **cena jednostkowa netto w zł.** | **suma netto w zł.** | **stawka VAT** | **VAT w zł.** | **Cena brutto w zł.** |
| **1.** | karta chipowa | 11708 |  |  |  |  |  |
| **2.** | czytnik chipowy | 3 785 |  |  |  |  |  |
| **3.** | oprogramowanie | 52 |  |  |  |  |  |
| **4.** | certyfikat kwalifikowany | 11708 |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA:** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Specyfikacja techniczna zaproponowanych urządzeń** | | | | | | | |
| **Lp.** | **Opis** | **Ilość** | **Producent** | **Typ** | **Model** | **Numer katalogowy producenta** | **Inne informacje identyfikacyjne** |
| **1.** | karta chipowa | 11708 |  |  |  |  |  |
| **2.** | czytnik chipowy | 3 785 |  |  |  |  |  |
| **3.** | oprogramowanie | 52 |  |  |  |  |  |
| **4.** | certyfikat kwalifikowany | 11708 |  |  |  |  |  |

Łączny koszt nabycia (cena ofertowa brutto) uwzględnia wszystkie koszty związane   
z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz istotnymi postanowieniami umowy określonymi w niniejszej SIWZ.

1. Oferujemy wydłużenie *Okresu Rękojmi i Gwarancji* o …… miesięcy **– Wariant A / B / C \* Okresu Rękojmi i Gwarancji**
2. Oferujemy skrócenie *Terminu usunięcia awarii*  o …… dni **– Wariant A / B \* Terminu usunięcia awarii**

*Miejscowość ................ dnia .............. 2021 roku.*

*……..................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do* *składania)*

\* niepotrzebne skreślić, brak skreślenia (także brak wpisania) uniemożliwiające ocenę w danym kryterium oznaczać będzie nieprzyznanie punktów w ramach danego kryterium oceny ofert