# OFERTA

Nazwa (firma) Wykonawcy........................................................................................................................

Adres Wykonawcy ……………………………………………………………................................................

NIP:…………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu.................................................................................................................................................

e-mail ……………………………………………………………………………………………………………….

W związku z ogłoszonym przez Powiat Łowicki przetargiem nieograniczonym, którego przedmiotem jest: Dostawa mebli do gabinetu lekarskiego dla Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Kiernozi   
w ramach projektu pn. „Umiem, wiem, potrafię – nowoczesna infrastruktura szkolna kluczem do rozwoju młodego człowieka” składam ofertę przetargową o następującej treści:

1. Oferuję wykonanie zamówienia w zakresie objętym specyfikacją istotnych warunków zamówienia w następujący sposób:

1.1Cena ofertowa brutto....................................................................................................................zł

słownie: ..................................................................................................................................złotych

1.2. Wartość podatku VAT ................................................................................................................zł

\*\*) ……………………………………………………………………………………………………………….

\*\*) Wykonawca, który składa ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, informuje o tym zamawiającego, wskazując nazwę (rodzaj) towarów, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość w tabeli zawartej w ust. 18 bez kwoty podatku.

słownie ....................................................................................................................................złotych

1.3 Cena ofertowa netto .................................................................................................................. zł

Słownie ................................................................................................................................. złotych.

1. Zobowiązuję wykonać zamówienie w terminie 21 dni od zawarcia umowy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę   
   do niej zastrzeżeń oraz uzyskałem informacje niezbędne do przygotowania oferty.
3. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez cały czas wskazany   
   w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (30 dni).
4. Oświadczam, że akceptuję warunki umowy określone w załączniku do specyfikacji istotnych warunków zamówienia i jeśli moja oferta zostanie wybrana, zobowiązuję się do zawarcia umowy   
   w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
5. Oferta została złożona na ..... stronach podpisanych i kolejno ponumerowanych   
   od nr 1 do nr ..... .
6. Oświadczam, że informacje składające się na ofertę, zawarte   
   na stronach .......... stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy   
   o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępnione innym uczestnikom niniejszego postępowania.
7. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia   
   i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
8. Akceptuję 30-dniowy termin płatności faktury wystawionej po dokonaniu odbioru   
   całości zamówienia.
9. Oświadczam, że Wykonawca jest/nie jest\*\* małym lub średnim przedsiębiorcą.
10. Osoby do kontaktów z Zamawiającym:

..................................................... tel. kontaktowy…………….., faks: …………...……………………

13. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej:

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

1. Podwykonawcom zamierzam powierzyć wykonanie następujących części zamówienia:…………………………………………………………………………………………………..
2. Dane proponowanych podwykonawców (jeżeli są znane)
3. …………………………………………………………………………………….………………………
4. …………………………………………………………………………………………………………….
5. …………………………………………………………………………………………………………….
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Załącznika nr 6 do SIWZ dotyczącego ochrony danych osobowych w niniejszym postępowaniu.
7. 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.

(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).

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).

1. Oferuję meble o następujących parametrach:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry wymagane / wartości graniczne parametrów** | **Ilość**  **sztuk** | **Parametry techniczne oferowanego mebla (wskazanie parametru, modelu, producenta i/lub potwierdzenie spełniania minimalnych wymagań wskazanych**  **w kolumnie B**  **wraz z punktacją**  **w kryterium oceny ofert pt. „okres gwarancji”** | **Cena jednostkowa**  **netto [zł]** | **Wartość netto**  **(kol. C**  **x**  **kol. E)** | **Stawka podatku**  **VAT**  **(%)** |  |
| A | B | C | D | E | F | G |  |
| **I** | **Szafa na leki szer. 90 cm, gł. 42 cm, wys. 180 cm** | **1 szt.** | Producent: …………………  Model: ……………………..  Tak/Nie\* | …………………….  (określić) | ………………….  (określić) | 23 |  |
| 1 | Szafa medyczna na leki,szer. 90 cm, gł. 42 cm, wys. 180 cm |  | Tak/Nie\* |  |  |  |  |
| 2 | Fabrycznie nowa, nieużywana |  | Tak/Nie\* |  |
| 3 | Szafa wykonana z blachy stalowej gr. min 0,8mm malowanej proszkowo na kolor biały  lub popielaty |  | Tak/Nie\* |  |
| 4 | Szafa dwudrzwiowa, drzwi zawieszone  na zawiasach kołkowych |  | Tak/Nie\* |  |
| 5 | Drzwi posiadają przeszklenie szkłem hartowanym, zamykane zamkiem ryglującym min w dwóch punktach. |  | Tak/Nie\* |  |
| 6 | Szafa wyposażona w cztery szklane półki  o udźwigu min. 25 kg każda. |  | Tak/Nie\* |  |
| 7 | Szafa na nóżkach zabezpieczonych przed zrysowaniem podłoża |  | Tak/Nie\* |  |
| 8 | Uchwyt klamkowy |  | Tak/Nie\* |  |
| 9 | Zakres zamówienia obejmuje transport, rozładunek, wniesienie do pomieszczeń wskazanych przez zamawiającego, montaż  i rozmieszczenie mebli na koszt Wykonawcy |  | Tak/Nie\* |  |
| 10 | Okres gwarancji minimum 12 miesięcy |  | Tak/Nie\*  Wskazać okres gwarancji……… m-cy  Punktacja w kryterium oceny ofert „okres gwarancji”  Powyżej 12 miesięcy  do 24 miesięcy = 1 punkt,  Powyżej 24 miesięcy  do 36 miesięcy = 2 punkty,  Powyżej 36 miesięcy = 3 punkty |  |
| **II** | **Biurko na wzrost 176-180 cm wym.: 110 cm x 60 cm** | **1 szt.** | Producent: …………………  Model: ……………………..  Tak/Nie\* | …………………….  (określić) | …………………  (określić) | 23 |  |
| 1 | Fabrycznie nowe, nieużywane |  | Tak/Nie\* |  |  |  |  |
| 2 | Biurko medyczne metalowe |  | Tak/Nie\* |  |
| 3 | Biurko wyposażone w blaszany kontener  z trzema szufladami |  | Tak/Nie\* |  |
| 4 | Wymiary blatu biurka min. 110 cm x 60cm, wykonany z płyty meblowej ułatwiającej dezynfekcje powierzchni. Krawędzie oklejane pcv min. 2 mm |  | Tak/Nie\* |  |
| 5 | Wysokość biurka na wzrost 176-180 cm |  | Tak/Nie\* |  |
| 6 | Biurko malowane proszkowo na kolor biały  lub popielaty, taki jak kolor zaoferowanego mebla z pozycji I |  | Tak/Nie\* |  |
| 7 | Nóżki z możliwością regulacji wysokości  i nierysujące podłoża |  | Tak/Nie\* |  |
| 9 | Zakres zamówienia obejmuje transport, rozładunek, wniesienie do pomieszczeń wskazanych przez zamawiającego, montaż  i rozmieszczenie mebli na koszt Wykonawcy |  | Tak/Nie\* |  |
| 10 | Okres gwarancji minimum 12 miesięcy |  | Tak/Nie\*  Wskazać okres gwarancji……… m-cy  Punktacja w kryterium oceny ofert „okres gwarancji”  Powyżej 12 miesięcy  do 24 miesięcy = 1 punkt,  Powyżej 24 miesięcy  do 36 miesięcy = 2 punkty,  Powyżej 36 miesięcy = 3 punkty |  |
| **III** | **Kozetka lekarska wym. 184 cm x 55 cm, reg.**  **kąt zagłówka – 80 do 45 stopni,**  **obciążenie do 200 kg** | **1 szt.** | Producent: …………………  Model: …………………….. | …………………….  (określić) | ……………….  (określić) | 23 |  |
| 1 | Fabrycznie nowa, nieużywana |  | Tak/Nie\* |  |  |  |  |
| 2 | Kozetka lekarska wym. 184 cm x 55 cm, obciążenie do 200kg (+/-) 20 kg |  | Tak/Nie\* |  |
| 3 | Konstrukcja nośna leżanki wykonana z profili stalowych lakierowanych proszkowo |  | Tak/Nie\* |  |
| 4 | Leże i wezgłowie wykonane z płyty wiórowej obitej pianka poliuretanowej i obszyte materiałem skóropodobnym zmywalnym, w kolorze niebieskim |  | Tak/Nie\* |  |
| 5 | Regulacja kąta zagłówka: od 80 Stopni do 45 stopni |  | Tak/Nie\* |  |
| 6 | Stopki z regulacją, nierysujące podłoża. |  | Tak/Nie\* |  |
| 7 | Zakres zamówienia obejmuje transport, rozładunek, wniesienie do pomieszczeń wskazanych przez zamawiającego, montaż  i rozmieszczenie mebli na koszt Wykonawcy |  | Tak/Nie\* |  |
| 8 | Okres gwarancji minimum 12 miesięcy |  | Tak/Nie\*  Wskazać okres gwarancji……… m-cy  Punktacja w kryterium oceny ofert „okres gwarancji”  Powyżej 12 miesięcy  do 24 miesięcy = 1 punkt,  Powyżej 24 miesięcy  do 36 miesięcy = 2 punkty,  Powyżej 36 miesięcy = 3 punkty |  |
| **IV** | **Szafka**  **Wys. 62 cm, szer. 58 cm, gł. 58 cm** | **1 szt.** | Producent: …………………  Model: ……………………..  Tak/Nie\* | …………………….  (określić) | ……………….  (określić) | 23 |  |
| 1 | Fabrycznie nowa, nieużywana |  | Tak/Nie\* |  |  |  |  |
| 2 | Szafka medyczna metalowa w kolorze jak **poz. I** i **poz. II** |  | Tak/Nie\* |  |
| 3 | Dwie szuflady na prowadnicach kulkowych  o podwójnym wysuwie i z zabezpieczeniem przed wypadaniem |  | Tak/Nie\* |  |
| 4 | Centralne ryglowanie szuflad |  | Tak/Nie\* |  |
| 5 | Szuflada przystosowana na dwa rzędy kartotek w formacie B5 poziomo |  | Tak/Nie\* |  |
| 6 | Max. Obciążenie szuflady min 50 kg. |  | Tak/Nie\* |  |
| 7 | Zakres zamówienia obejmuje transport, rozładunek, wniesienie do pomieszczeń wskazanych przez zamawiającego, montaż  i rozmieszczenie mebli na koszt Wykonawcy |  | Tak/Nie\* |  |
| 8 | Okres gwarancji minimum 12 miesięcy |  | Tak/Nie\*  Wskazać okres gwarancji……… m-cy  Punktacja w kryterium oceny ofert „okres gwarancji”  Powyżej 12 miesięcy  do 24 miesięcy = 1 punkt,  Powyżej 24 miesięcy  do 36 miesięcy = 2 punkty,  Powyżej 36 miesięcy = 3 punkty |  |
| **V** | **Parawan jednoczęściowy wym. 100 cm x 185 cm** | **1 szt.** | Producent: …………………  Model: …………………….. |  |  | 23 |  |
| 1 | Fabrycznie nowy, nieużywany |  | Tak/Nie\* |  |  |  |  |
| 2 | Konstrukcja stalowa lakierowana proszkowo  w kolorze takim jak poz. I i poz. II |  | Tak/Nie\* |  |
| 3 | Parawan wyposażony w dwa kółka i stopkę. |  | Tak/Nie\* |  |
| 4 | Zasłona parawanu bawełniana w kolorze niebieskim |  | Tak/Nie\* |  |
| 5 | Parawan medyczny |  | Tak/Nie\* |  |
| 6 | wym. Parawanu 100 cm x 185cm |  | Tak/Nie\* |  |
| 7 | Zakres zamówienia obejmuje transport, rozładunek, wniesienie do pomieszczeń wskazanych przez zamawiającego, montaż  i rozmieszczenie mebli na koszt Wykonawcy |  | Tak/Nie\* |  |
| 8 | Okres gwarancji minimum 12 miesięcy |  | Tak/Nie\*  Wskazać okres gwarancji……… m-cy  Punktacja w kryterium oceny ofert „okres gwarancji”  Powyżej 12 miesięcy  do 24 miesięcy = 1 punkt,  Powyżej 24 miesięcy  do 36 miesięcy = 2 punkty,  Powyżej 36 miesięcy = 3 punkty |  |
| **VI** | | | | | **Cena netto**  ………………….  (suma kwot  wskazanych  w wierszach  I-V  w kolumnie F)  *Wartość wpisać w pkt. 1.3. oferty* | **Kwota podatku VAT**  ………………….  (od ceny netto wskazanej  w kolumnie F, wiersz VI )  *Wartość wpisać w pkt. 1.2. oferty* | **Cena ofertowa brutto**  ………..............................  (suma kwoty wskazanej  w kolumnie F, wiersz VI  oraz kolumnie G wiersz VI)  *Wartość wpisać w pkt. 1.1. oferty* |

1. \*) niewłaściwe skreślić
2. Wymagania dotyczące parametrów technicznych określonych w kolumnie B muszą być bezwzględnie spełnione. Brak potwierdzenia słowem "tak" spełnienia wymaganych wartości parametrów, brak określenia producenta i modelu każdego z mebli, usunięcie opisu lub zmiana przez Wykonawcę opisu parametrów w kolumnie B, spowoduje, że oferta będzie uznana   
   za niezgodną z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Jeżeli mebel nie posiada nazwy modelu, ani żadnego oznaczenia identyfikującego, Wykonawca wpisuje: „Producent nie oznaczył produktu nazwą modelu” lub „wyrób własny”– pod rygorem odrzucenia oferty.
3. Kolorem czerwonym określono sposób przyznawania punktów i ich liczbę w kryterium oceny ofert; „okres gwarancji”

Wagi dla kryteriów określone są w Rozdziale XIII ust. 2 SIWZ.

1. Oświadczam, że zaoferowane wyroby posiadają oznakowanie CE.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… | ….………………………………………. |
| data | imię i nazwisko  podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych  do występowania w imieniu Wykonawcy |