Flaga Rzeczpospolitej PolskiProjekt pn. „Stop wirusowi! Zapobieganie rozprzestrzeniania się COVID-19 w województwie świętokrzyskim” realizowany przez Województwo Świętokrzyskie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020Projekt pn. „Stop wirusowi! Zapobieganie rozprzestrzeniania się COVID-19 w województwie świętokrzyskim” realizowany przez Województwo Świętokrzyskie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020. Oś Priorytetowa 9. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Poddziałanie 9.2.3 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

# **FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa i adres Zamawiającego:**

**Województwo Świętokrzyskie, al IX Wieków Kielc 3, 25-515 Kielce, NIP: 9591506120**

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(pełna nazwa firmy, adres, NIP, REGON, telefon, adres poczty elektronicznej)*

1. Oferujemy spełnienie przedmiotu zamówienia na dostawę \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ za cenę brutto (z VAT) zgodnie z poniższą tabelą:

w kwocie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN

słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment zamawiany | Asortyment oferowany (nazwa, numer katalogowy, producent, wielkość opakowania) | Ilość | Cena jednostkowa netto w PLN | Wartość netto w PLN | Stawka VAT w % | Wartość brutto w PLN |
| a | b | c | d | e | f | h | i |
| 1. | Kombinezon ochronny EN 14126 rozmiar XXL |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kombinezon ochronny EN 14126 rozmiar XL |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kombinezon ochronny EN 14126 rozmiar L |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Kombinezon ochronny EN 14126 rozmiar M |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Maska z filtrem N95 FFP2 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Maska z filtrem N95 FF32 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Maska chirurgiczna |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Maska chirurgiczna z osłoną na oczy |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Ochraniacz na buty włókninowo-foliowy (2 szt. w op.) |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Ochraniacz na buty włókninowy z gumką (2 szt. w op.) |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Osłona na buty, wysoka do kombinezonu EN 14126 rozmiar uniwersalny (2 szt. w op.) |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Przyłbica |  |  |  |  |  |  |

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia i uznajemy się za związanego określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania.
2. **Oświadczamy, że dostawa ww. asortymentu nastąpi w terminie do: ……………………… dni od dnia podpisania umowy.**
3. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
4. Oświadczamy, że dostawę będącą przedmiotem niniejszego zamówienia zamierzamy wykonać bez udziału podwykonawców/z udziałem podwykonawców\*.
5. Oświadczamy, że oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania w zakresie jakości i standardów bezpieczeństwa określone w przepisach UE, w tym m. in. deklarację zgodności CE i wytyczne Ministerstwa Zdrowia zamieszczone na stronie <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacje-dotyczace-produktow-wykorzystywanych-podczas-zwalczania-covid-19>.
6. Do oferty załączamy następujące dokumenty (należy wpisać nazwę i oznaczenie załączanego dokumentu):

| Lp. | Nazwa dokumentu | Załącznik nr |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Oferenta

\*Niepotrzebne skreślić