**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr 13/DTT/2024**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………….

Adres ………………………………………………………………………

NIP ……………………………….

Telefon ……………………………….. 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 <https://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/2024**

**Nazwa:** **wykonanie usług polegających na przeprowadzeniu przeglądów technicznych sterylizatorów.**

**Pakiet 1:**

Wykonanie dwóch przeglądów technicznych sterylizatora gazowego:

**Steri-Vac 5XL 487B608**

Nr fabryczny: **820154**

Rok produkcji: **2005**

Producent**: 3M**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| **PIERWSZY PRZEGLĄD TECHNICZNY** | Usługa przeglądu i dojazdu |  |  |  |
| Części zamienne |  |  |  |
| **DRUGI PRZEGLĄD TECHNICZNY** | Usługa przeglądu i dojazdu |  |  |  |
| Części zamienne |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

w tym:

netto: ………………………… zł

VAT: ………………………… zł

Oświadczam, że udzielam 12 miesięcznej gwarancji jakości na wykonane prace, oraz 12 miesięcznej gwarancji na części zamienne i podzespoły użyte do wykonania usługi.

 ……………………………., dnia ………………. 2024 r. …………………………………

 podpis Wykonawcy

**Pakiet 2:**

Wykonanie dwóch przeglądów technicznych sterylizatorów parowych:

**Sterivap HPE 666-2FDED**

Nr fabryczny: **80626**

Rok produkcji: **2008**

Producent**: BMT**

oraz

**Sterivap HPE 666-2FD**

Nr fabryczny: **80627**

Rok produkcji: **2008**

Producent**: BMT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| **PIERWSZY PRZEGLĄD TECHNICZNY dwóch sterylizatorów** | Usługa przeglądu i dojazdu |  |  |  |
| Części zamienne |  |  |  |
| **DRUGI PRZEGLĄD TECHNICZNY dwóch sterylizatorów** | Usługa przeglądu i dojazdu |  |  |  |
| Części zamienne |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

w tym:

netto: ………………………… zł

VAT: ………………………… zł

Oświadczam, że udzielam 6 miesięcznej gwarancji jakości na wykonane prace, oraz 6 miesięcznej gwarancji na części zamienne i podzespoły użyte do wykonania usługi.

 ……………………………., dnia ………………. 2024 r. …………………………………

 podpis Wykonawcy

**Pakiet 3:**

Wykonanie jednego przeglądu technicznego sterylizatora plazmowego:

**Crystal 50**

Nr fabryczny: **2180510004**

Rok produkcji: **2019**

Producent**: Lowtem**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| **PIERWSZY PRZEGLĄD TECHNICZNY** | Usługa przeglądu i dojazdu |  |  |  |
| Części zamienne |  |  |  |
| **DRUGI PRZEGLĄD TECHNICZNY** | Usługa przeglądu i dojazdu |  |  |  |
| Części zamienne |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że udzielam 12 miesięcznej gwarancji jakości na wykonane prace, oraz 12 miesięcznej gwarancji na części zamienne i podzespoły użyte do wykonania usługi.

 ……………………………., dnia ………………. 2024 r. …………………………………

 podpis Wykonawcy

p

**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr 13/DTT/2024**

**Zamawiający:**

Centrum Leczenia Oparzeń

im. dr. Stanisława Sakiela

w Siemianowicach Śląskich

ul. Jana Pawła II 2

41-100 Siemianowice Śląskie

**Wykonawca:**

……………………………………

……………………………………

……………………………………

*(nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia nr sprawy **13/DTT/2024** na: **wykonanie usług polegających na przeprowadzeniu przeglądów technicznych sterylizatorów** prowadzonego przez Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich oświadczam, co następuje:

 **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

🞎 Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835)\*,

🞎 Oświadczam, że podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835)\*.

\*należy zaznaczyć właściwe

..................................dnia....................2024 r. …………………………………
 podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr 13/DTT/2024**

**Zamawiający:**

Centrum Leczenia Oparzeń

im. dr. Stanisława Sakiela

w Siemianowicach Śląskich

ul. Jana Pawła II 2

41-100 Siemianowice Śląskie

**Wykonawca:**

……………………………………

……………………………………

……………………………………

*(nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia nr sprawy **13/DTT/2024** na: **wykonanie usług polegających na przeprowadzeniu przeglądów technicznych sterylizatorów** prowadzonego przez Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich oświadczam, co następuje:

 **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że dysponuję osobami posiadającymi wiedzę, kwalifikacje i doświadczenie zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami, w zakresie przeglądu urządzeń opisanych w Zapytaniu ofertowym, które będą realizować zamówienie;
2. Oświadczam, że posiadam wymagane uprawnienia do wykonania przedmiotu umowy, jestem technicznie oraz organizacyjnie przygotowany do prawidłowej realizacji przedmiotu umowy oraz, że dysponuję oryginalnymi, fabrycznie nowymi częściami zamiennymi, posiadającymi odpowiednie deklaracje, certyfikaty czy dopuszczenia do stosowania w urządzeniach opisanych w Zapytaniu ofertowym.

..................................dnia....................2024 r. …………………………………
 podpis Wykonawcy