***Załącznik nr 2***

**FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa i adres Zamawiającego:**

*Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień*

*ul. Rybaki 3, 18-400 Łomża*

*NIP:718-16-38-364*

*Tel.: 86-2162820*

e-mail: sekretariat@wopitu.pl

strona internetowa: [www.wopitu.pl](http://www.wopitu.pl)

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa firmy** |  |
| **Siedziba firmy** |  |
| **Adres mail** |  |
| **Nr tel./fax.** |  |
| **Nr NIP:** |  |
| **Nr REGON:** |  |
| **Nazwa banku i nr konta** |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe pt.: **„Zakup, dostawę i montaż sprzętu medycznego”** realizowanejw ramach zadania modernizacja, remont i przebudowa wraz ze zmianą zagospodarowania terenu budynku po oddziałach zakaźnych Szpitala Wojewódzkiego im. kard. Stefana Wyszyńskiego w Łomży realizowanych w ramach projektu II ETAP „Poprawa jakości świadczenia usług w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień oraz świadczenia usług w zakresie lecznictwa długoterminowego opiekuńczo-leczniczego”.

składam niniejszą ofertę o treści:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę:

**Netto: ……………………………………………………**

**VAT: …………………………………………………….**

**Brutto : …………………………………………………..  
Słownie:……………………………………………………………………………………….**

Termin realizacji przedmiotu zamówienia: do dnia ……………….

Okres udzielonej gwarancji: …………………... **(minimum 24 miesiące)**

1. Oświadczam/y, że:

* zapoznałem się ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia zawartym w zapytaniu ofertowym,
* nie wykonywałem żadnych czynności związanych z przygotowaniem niniejszego postępowania oraz nie posłużyłem się w celu sporządzenia oferty osobami uczestniczącymi w dokonywaniu tych czynności,
* posiadam odpowiednie uprawnienia, wiedzę oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do realizacji przedmiotowego zamówienia na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym
* Oświadczamy, że:

- nie znajdujemy się w stanie upadłości /likwidacji,

- nie zalegamy z opłacaniem podatków,

- nie zalegamy z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne.

Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez **30 dni** od terminu składania ofert, wyznaczonego przez Zamawiającego.

1. Do kontaktów związanych z uzgodnieniami dotyczącymi zawarcia umowy upoważniam ………………………………………

**W załączeniu:**

* oferta asortymentowa (wzór załącznik 2.1 do zapytania)
* klauzula informacyjna RODO (załącznik nr 4 do zapytania)
* wizualizacja zaoferowanych urządzeń – karty katalogowe

*….........................................., dnia …...................*

…..........................................

*podpis osoby uprawnionej*