…………………………………………………………………… Załącznik Nr 1 do Zaproszenia

/nazwa wykonawcy/

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

/dokładny adres/

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

/telefon/fax

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

/adres e-mail – jeśli posiada/

KRS/CEIDG ………………………………………………..

REGON …...........................................................

NIP ….................................................................. **OFERTA WYKONAWCY**

**ZAMAWIAJĄCY**

**Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów**

**Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr B. Borzym**

**26-607 Radom ul. Krychnowicka 1**

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty na **„Dostawę pasków do oznaczania poziomu glukozy we krwi i glukometrów do SWPZZPOZ  
 w Radomiu” – 32/REG/24**, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w cenie:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Nazwa** | **Jednostka miary w opakowaniu** | **Producent** | **Nazwa handlowa** | **Ilość opakowań** | **Cena jednostk.**  **netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| 1 | **Paski do oznaczania poziomu cukru we krwi** Gluco DR lub inne o wymaganych i dopuszczonych parametrach.  1. Zamawiający nie dopuszcza możliwości wykonania pomiaru, gdy próbka krwi jest za mała – zamawiający wymaga sygnalizacji pobrania zbyt małej próbki krwi.  2. Zamawiający wymaga, aby zgodnie z instrukcją max błąd pomiarowy pasków testowych nie przekraczał +/-15mg/dl dla stężeń glukozy < 100mg/dl i +/- 15% dla stężeń glukozy > 100 mg/dl zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.  3. Zamawiający wymaga: „ górny” zakres pomiaru minimum 600 mg/dl  4. Zamawiający wymaga zaoferowania pasków testowych z funkcją wyrzutu zużytego paska. | Test diagnostyczny x50szt. |  |  | 1200 |  |  |  |  |
| 2. | **Glukometr odpowiedni do w/w pasków**  Zamawiający wymaga płynów kontrolnych w ilościach adekwatnych do skalibrowania glukometrów.  Wykonawca zobowiązany jest zapewnić szkolenie pomiarów. | szt. |  |  | 120 |  |  |  |  |
| Razem: | | | | | | |  |  |  |

Słownie złotych netto: …………………………………………………….…………………………………………………………………………

Słownie złotych brutto: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Oświadczamy, że:**

Przystępujący do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego w trybie zaproszenia na: **„Dostawę pasków do oznaczania poziomu glukozy we krwi i glukometrów do SWPZZPOZ w Radomiu” – 32/REG/24** oświadczamy, że:

1. Powyższa cena zawiera wszelkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru naszej oferty.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Zaproszeniu w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia zgodnie z treścią i wymogami opisu przedmiotu zamówienia.
4. Dostawę objętą zamówieniem zamierzamy wykonać sami.
5. Oświadczamy, że związani jesteśmy niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. 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. poz. 835).
7. Zostałam (-em) poinformowana (-y) oraz sam poinformowałam (-em) osoby wskazane przeze mnie w ofercie, iż zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016):
8. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Wojewódzki Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym 26-607 Radom ul. Krychnowicka 1.
9. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Pan Ryszard Bryś tel.: 48 33 24 562, e-mail: [obrona@szpitalpsychiatryczny.radom.pl](mailto:obrona@szpitalpsychiatryczny.radom.pl)
10. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. oraz na podstawie art. 9 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
11. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
12. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną.
13. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
14. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
15. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem (zgodnie z instrukcją kancelaryjną oraz Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2017r. w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępniania i przechowywania dokumentów elektronicznych (Dz. U. z 2017 roku, poz. 1320) jest obligatoryjne.

................................................. dnia ...................... r.

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

*(w formie pisemnej - podpis Wykonawcy;*

*w postaci elektronicznej - kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany)*