**Załącznik nr 1 do ZO**

**Zamawiający:**

**CENTRALNY INSTYTUT OCHRONY PRACY –**

**Państwowy Instytut Badawczy**

**ul. Czerniakowska 16**

**00-701 Warszawa**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **OFERTA w postępowaniu o udzielenie zamówienia, do którego nie mają zastosowania przepisy ustawy Pzp na:****„ZAKUP URZĄDZEŃ DO OCENY MOŻLIWOŚCI FIZYCZNYCH I FUNKCJONALNYCH CZŁOWIEKA”****znak sprawy: 10-TP-2019** |
| 1. **DANE WYKONAWCY:**
 |
| Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………… |
| Adres lub siedziba……………………………………………………………………………………………… |
| Numer KRS (jeśli dotyczy) |  |
| Numer NIP (jeśli dotyczy): |  |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym | 1. Imię i nazwisko: …………………………..
2. tel.: …………………………………………
3. adres e-mail: ………………………………
 |
| Nr konta bankowego, na które będzie kierowane wynagrodzenie dla Wykonawcy, w przypadku podpisania umowy |  |
| 1. **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA(zgodnie z Formularzem asortymentowo – cenowym z załącznika nr 1a do ZO)**
 |
| **Wartość netto**  | …………….. zł | słownie: …………………………………………. |
| **Wartość podatku VAT** | (…..% VAT)……zł | słownie: …………………………………………. |
| **Wartość brutto** | …………… zł | słownie: …………………………………………. |
| Oferuję …………… miesięczny\* termin gwarancji na zaoferowany przedmiot zamówienia (minimum 12 miesiące)\*\*.*\*W przypadku braku wypełnienia rubryki dot. oferowanego terminu gwarancji Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje 12 miesięczny termin gwarancji.* *\*\*Oferta Wykonawcy, który zaoferuje termin gwarancji krótszy niż 12 miesięcy zostanie odrzucona z powodu niezgodności treści z ZO.* |
| 1. **OŚWIADCZAMY, ŻE:**
 |
| 1. w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego;
2. zapoznaliśmy się z postanowieniami wzoru umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych warunkach i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
3. zapoznaliśmy się z ZO wraz z załącznikami, akceptujemy je w całości i nie wnosimy do niego zastrzeżeń;
4. jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
5. w przypadku wyboru naszej oferty, wskazujemy następujące osoby do umieszczenia w umowie, jako reprezentacja Wykonawcy, zgodnie z wpisem w CEiDG / Krajowym Rejestrze Sądowym /udzielonym pełnomocnictwem\*:
* Imię i nazwisko - …………………………………….
* stanowisko/funkcja ………………………………
1. Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

……………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………1. wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[1]](#footnote-1).

\**Niepotrzebne skreślić* |
| 1. **KRYTERIA OCENY– UŻYTKOWANIE URZĄDZEŃ NA TERENIE POLSKI**
 |
| **LP.** | **Nazwa ośrodka badawczego**  | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa/Model** |
| 1. |  | 1. |  | 1. |  |
| 2. |  | 2. |  |
| 3. |  | 3. |  |
| 2. |  | 1. |  | 1. |  |
| 2.  |  | 2. |  |
| 3. |  | 3. |  |
| … |  | 1. |  | 1. |  |
| 2. |  | 2. |  |
| 3. |  | 3. |  |
| **Uwaga!** W przypadku nieuzupełnienia powyższej tabeli, Wykonawca otrzyma w przedmiotowym kryterium 0 punktów*.* |
| 1. **KRYTERIA OCENY– ASPEKT SPOŁECZNY**
 |
| Składając ofertę w przedmiotowym zamówieniu **oświadczam,** że (właściwe zaznaczyć):* zatrudniam 1 lub więcej osób niepełnosprawnych\*
* nie zatrudniam żadnej osoby niepełnosprawnej\*

\*Zamawiający rozumie przez osobę niepełnosprawną – osobę spełniającą warunki uzyskania statusu niepełnosprawności określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2018 poz. 511 ze zm.) lub we właściwych przepisach państw członkowskich Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub państw, z którymi UE zawarła umowy o równym traktowaniu przedsiębiorców w dostępie do zamówień publicznych; status niepełnosprawnego, określony jest posiadanym orzeczeniem o niepełnosprawności orzeczonym przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, lub orzeczeniem o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.**Uwaga!** Brak złożenia oświadczenia, zostanie uznane przez Zamawiającego za zamiar wykonania zamówienia bez zatrudniania osoby niepełnosprawnej. W takim przypadku Wykonawca otrzyma w przedmiotowym kryterium 0 punktów*.* |
| 1. **OBOWIĄZEK PODATKOWY**
 |
| Składając niniejszą ofertę, oświadczamy, że wybór oferty:* **nie będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego**, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć\*;
* **będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego**, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć z tytułu\*:
	+ 1. wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów\*,
		2. mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt. 7 ustawy o podatku od towarów i usług\*,
		3. importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównaniu cen ofertowych podatku VAT \*

w następującym zakresie:Wskazuję nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuje ich wartość bez kwoty podatku: *………………………………………………………………………………… - …………………. zł***UWAGA!** W przypadku braku wskazania przez Wykonawcę powyższej informacji, Zamawiający uzna, iż wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć.***\*****Niepotrzebne skreślić* |
| 1. **PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY**
 |
| ........................................*(miejscowość i data)* | *………………………………………………………….**(Podpis Wykonawcy/ Pełnomocnika)* |

**Załącznik nr 1a do ZO**

**Formularz asortymentowo-cenowy urządzenia do oceny możliwości fizycznych i funkcjonalnych człowieka[[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia (opisany w rozdziale 3 pkt.6)** | **Nazwa/Model/****Producent** | **Rok produkcji (nie starszy niż 2018)** | **Ilość** | **Waluta** | **Cena jednostkowa netto (1szt.)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto (1szt.)** | **Wartość netto**  | **Wartość brutto**  |
| **Urządzenie nr 1** |  |  | 2 szt. |  |  |  |  |  |  |
| **Urządzenie nr 2** |  |  | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |
| **Urządzenie nr 3** |  |  | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |
| **Urządzenie nr 4** |  |  | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |
| **Urządzenie nr 5** |  |  | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |
| **Urządzenie nr 6** |  |  | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |

................................ ........*…………………………………………………………*

*(miejscowość i data) (Podpis Wykonawcy/ Pełnomocnika)*

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).* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Pola zaznaczone kolorem szarym wypełnia Wykonawca.*  [↑](#footnote-ref-2)