**Załącznik nr 1**

**Formularz ofertowy**

Nazwa i siedziba Wykonawcy ………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

tel.……………………….mail……….……………………………………………………….

NIP…………………………………REGON…………………………………………………

Nazwa i numer rachunku bankowego …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Osobą uprawnioną do reprezentacji jest/są:……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**W przypadku wyboru naszej oferty umowa z naszej strony zostanie podpisana przez:**

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

Do: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Skierniewicach

 96-100 Skierniewice ul. Piłsudskiego 33

Nawiązując do ogłoszenia o postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym,

nr SAT.272.3.2024.AC na dostawę n/w odczynników laboratoryjnych:

 **a. odczynniki chemiczne - pakiet wg załącznika nr 5 do SWZ**

 **b. wzorce chemiczne – pakiet wg załącznika nr 6 do SWZ**

 **c. podłoża bakteriologiczne - sypkie – pakiet wg załącznika nr 7 do SWZ**

 **d. podłoża bakteriologiczne - gotowe – pakiet wg załącznika nr 8 do SWZ**

 **e. krążki diagnostyczne – pakiet wg załącznika nr 9 do SWZ**

 **f. surowice do aglutynacji szczepów Salmonella – pakiet wg załącznika nr 10 do SWZ**

 **g. testy do wykrywania oksydazy – pakiet wg załącznika nr 11 do SWZ**

 **h. testy – skala MacFarlanda - pakiet wg załącznika nr 12 do SWZ**

 **i. testy do identyfikacji gronkowców - pakiet wg załącznika nr 13 do SWZ**

 **j. testy do oceny skuteczności sterylizacji – pakiet wg załącznika nr 14 do SWZ**

 **k. testy do wykrywania rotawirusów i adenowirusów – pakiet wg. załącznika nr 15**

 **do SWZ**

 **l. lateksy - pakiet wg załącznika nr 16 do SWZ**

 **ł. testy do identyfikacji legionella - pakiet wg załącznika nr 17 do SWZ**

 **m. testy biochemiczne API do identyfikacji drożdżaków - pakiet wg załącznika nr 18**

 **do SWZ**

 **n. crm dla mikrobiologii - pakiet wg załącznika nr 19 do SWZ**

 **o. crm dla mikrobiologii - pakiet wg załącznika nr 20 do SWZ**

 **p. surowice do aglutynacji szczepów Shigella – pakiet wg załącznika nr 21 do SWZ**

**Oferujemy wykonanie zamówienia na dostawę ………………………….............................**

 **wpisać nazwę pakietu**

**pakiet ….. wg załącznika nr ……. zgodnie z wymaganiami Zamawiającego**

 **wpisać oznaczenie i nr załącznika pakietu**

**za wynagrodzeniem:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena netto w PLN** | **Podatek VAT…….. %** | **Cena brutto w PLN** |
|  |  |  |

**Cena netto słownie:……………………………………………………………………………**

**Cena brutto słownie:…………………………………………………………………………...**

**Gdy Państwo wybiorą kilka pakietów analogicznie proszę powtórzyć powyższą formułę.**

1.Oświadczamy , że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia

i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia

do przygotowania oferty.

2.Oświadczamy, że akceptujemy wszystkie postanowienia zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

3.Oświadczamy , że uważamy się związani niniejszą ofertą na czas wskazany

w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

4.Oświadczamy , że zawarta w Specyfikacji Warunków Zamówienia treść projektu umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty

do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

5.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu

danych osobowych i akceptujemy jej treść.

6.Oświadczamy, że Wykonawca składający ofertę jest:

1) mikro przedsiębiorcą, \*)

2) małym przedsiębiorcą, \*)

3) średnim przedsiębiorcą, \*)

4) jednoosobową działalnością gospodarczą, \*)

5) osoba fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, \*)

6) inny rodzaj: ………………………………………………….. \*) \*\*

7.Osobami upoważnionymi do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji umowy są:

1. ………………………………………………………………………………………

tel……………………………………………………………………………………

e-mail ……………………………………………………………………………….

1. ………………………………………………………………………………………

tel……………………………………………………………………………………

e-mail ……………………………………………………………………………….

 …………………………………….

  *Data; podpis zaufany, osobisty lub kwalifikowany*

\*) skreślić niepotrzebne

\*\*)uzupełnić, jeśli dotyczy