**Załącznik nr 1 do Warunków Przetargu**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

Nazwa i siedziba Wykonawcy albo Imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres Wykonawcy:

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

***Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko, e-mail):***

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

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

**Nr telefonu, faksu, e-mail:** .........................................................................................................

Regon:............................................NIP:...............................................BDO…………………………………

Województwo................................................Powiat……..................................................................

Internet: http://............................................**email:.....................................@.........................................**

KRS: ……………………………………… (jeżeli dotyczy)

**Wykonawca jest:**

* Mikroprzedsiębiorstwem [[1]](#footnote-1),
* Małym przedsiębiorstwem [[2]](#footnote-2),
* Średnim przedsiębiorstwem [[3]](#footnote-3),
* Jednoosobową działalnością gospodarczą,
* Osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* Innym rodzajem

**UWAGA \*zaznaczyć właściwe**

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO nr 2 UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI   
90-549 ŁÓDŹ, UL. ŻEROMSKIEGO 113**

Nawiązując do ogłoszenia zamieszczonego na stronie internetowej Organizatora pod nr **62/KC/ZP/U/2025**w dniu **31.04.2025 r.** o przetargu prowadzonym w oparciu o przepisy art. 701 - 705 Kodeksu cywilnego   
w przedmiocie: **Usługa udzielenia i obsługi kredytu na zakup urządzenia dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

1. Przewidywany okres zawarcia umowy: 60 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
2. Składam/my ofertę zgodnie wymogami określonymi w Warunkach Przetargu.
3. Proponuję/my cenę za:

**……………………………………………………..………zł**

**……………………………………………….…………… zł**

w tym podatek VAT (….…%)

1. Oświadczam/my, że zapoznaliśmy się z Warunkami Przetargu oraz z załączonym istotnymi postanowieniami umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. 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 – **DOTYCZY /   
 NIE DOTYCZY\***

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 –należy niepotrzebne skreślić

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

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

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

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

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

Data Podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta

1. (Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR) [↑](#footnote-ref-1)
2. (Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR) [↑](#footnote-ref-2)
3. Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR** [↑](#footnote-ref-3)