Załącznik nr 1

Znak sprawy DT-ZP. 252.14.2020

 Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji

 w Czarnieckiej Górze

 Czarniecka Góra 43

 26-220- Stąporków

**Formularz asortymentowo - cenowy**

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ......................................................................................................

Adres: ........................................................................................................

Poczta elektroniczna: ................................................................................

Numer telefonu: ........................................................................................

1. Deklaruję:

a) termin wykonania zamówienia: do 10 dni roboczych od daty podpisania umowy

b) termin płatności: do 14 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.

2. Oświadczam, że wypełniłem 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.

3. Wykonawca oświadcza, iż oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania w zakresie jakości i standardów bezpieczeństwa określone w przepisach UE, w tym deklaracje zgodności CE.

4. Oświadczamy, że w cenie przedmiotu zamówienia zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.

5. Oświadczamy, że zostaliśmy uprzedzeni o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że informacje podane w niniejszej ofercie są zgodne z prawdą.

6. Oświadczamy, że „Wzór umowy” stanowiący załącznik nr 2 do ogłoszenia, został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w nim warunkach.

7. Oświadczam, że zaproponowany asortyment jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia.

**8. Udzielamy …………………………..…miesięcy gwarancji na urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość jednostek** | **Rodzaj miary** | **Cena jednostkowa****brutto [zł]** | **Wartość****Brutto****(zł)** |
| 1 | Urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń metodą zamgławiania typu Nocospray 2 | 1 | szt. |  |  |
| 2 | Środek do dezynfekcyjny do Nocopray zapach neutralny 1 litr | 25 | szt. |  |  |

 ……………………………………………….

 Podpis/osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania wykonawcy

……………………………………………..

 Miejscowość i data