

Formularz oferty

dla:

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku
ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik

Dane Wykonawcy:

Nazwa:
Adres.....kod.....
Tel.Fax.....
REGON:..... NIP:.....
e-mail:.....strona internetowa:.....

1. Nawiązując do ogłoszenia o postępowaniu w sprawie udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego, dotyczącego **Dostawy wyrobów medycznych i preparatu dezynfekcyjnego do dializy nerkowej dla Stacji Dializ wraz z dzierżawą i serwisem aparatów do hemodializy**, oferujemy zgodnie z warunkami określonymi w specyfikacji warunków zamówienia:

Wartość zamówienia netto	Wartość podatku VAT	Wartość zamówienia brutto

Oferujemy wykonanie dostawy, będącej przedmiotem zamówienia za cenę zgodną z załącznikiem do oferty, sporządzonym według załącznika 1.1 do SIWZ.

2. Oferowana cena brutto obejmuje:
- cenę netto oferowanego produktu,
 - koszty ubezpieczenia,
 - cło i opłaty graniczne,
 - koszty dostawy (loco magazyn Zamawiającego),
 - podatek VAT.

WPŁATA WADIUM		
WYSOKOŚĆ WADIUM	DATA WNIESIENIA	FORMA WADIUM
ZWROT WADIUM, którego dokonuje Zamawiający		
NAZWA BANKU I NUMER KONTA		
.....		

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE POSTANOWIEŃ SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA:

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy w tym zakresie jakichkolwiek zastrzeżeń.
- Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 60 dni.
- Oświadczamy, że zawarty w opisie warunków zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy

na określanych w nim warunkach, zgodnie z art. 94 ustawy Prawo zamówień publicznych .

4. Oświadczamy, że towar będzie dostarczany na każde wezwanie Zamawiającego w terminie do **2 dni roboczych** od momentu przesłania zamówienia faksem lub drogą elektroniczną przez uprawnionego przedstawiciela Zamawiającego, którym jest Kierownik Apteki Szpitalnej lub osoba przez niego upoważniona. Zobowiązujemy się do realizacji dostaw w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 12.00., a jeżeli dostawa wypada w dniu wolnym od pracy dla Zamawiającego lub poza godzinami pracy Apteki Szpitalnej to nastąpi ona w pierwszym dniu roboczym po wyznaczonym terminie.
5. Oświadczamy, że przedmiot umowy będzie zrealizowany w terminie do 36 m-cy od daty zawarcia umowy, lub do wyczerpania wartości umowy przed terminem jej obowiązywania, w zależności które zdarzenie nastąpi pierwsze.
6. Oświadczamy, że termin płatności będzie wynosił 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
7. Oświadczamy, że jesteśmy w posiadaniu dopuszczeń do obrotu i do używania odpowiednio dla wszystkich zaoferowanych produktów (dotyczy także urządzeń dzierżawionych zgodnie z umową) – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa – oraz jesteśmy gotowi do udostępnienia tych dopuszczeń na żądanie zamawiającego (także przed rozstrzygnięciem przetargu – w ramach udzielanych na wezwanie zamawiającego wyjaśnień).
8. Przedmiot zamówienia spełnia wskazania Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane.
9. Dostarczone w ramach niniejszej umowy produkty będą wysokiej jakości, o właściwych parametrach użytkowych i ważnym okresie przydatności do użycia.
10. Zapewniamy nie krótszy niż 6 miesięczny (od daty dostawy przedmiotu zamówienia do szpitala) okres przydatności do użycia przedmiotu zamówienia.
11. Oświadczamy, że następująca część zamówienia:
..... będzie/nie będzie powierzona podwykonawcom, tj.
.....
(podać nazwę/firmę podwykonawcy/ów).

Załącznikami do niniejszej oferty są:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć osoby
upoważnionej do reprezentowania
Wykonawcy)