

FORMULARZ OFERTOWY**UWAGA:** (Wypełnia w całości i podpisuje WYKONAWCA)

NAZWA – WYKONAWCY:

ADRES/SIEDZIBA WYKONAWCY:

tel fax

REGON, NIP

adres strony internetowej:, adres e-mail

Osoba/y uprawniona/e do podpisywania umów:

1.....

2

Osoby odpowiedzialne za przyjmowanie i realizację zamówień (w przypadku wyboru oferty najkorzystniejszej):

1.

2.

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na zakup i dostawę sprzętu medycznego opublikowanym w **Biuletynie Zamówień Publicznych** (numer ogłoszenia: z dnia oraz siedzibie Szpitala Powiatowego w Chmielniku: **na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej - <http://www.szpital.chmielnik.biuletyn.net>**

Składamy ofertę do przetargu nieograniczonego o wartości zamówienia (poniżej 193 000 euro):

„ZAKUP I DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO”

Dla Szpitala Powiatowego w Chmielniku.

Jednocześnie oświadczamy, że:

- zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty,
- akceptujemy wszystkie warunki określone w SIWZ,
- SIWZ przyjęliśmy bez zastrzeżeń oraz nie zgłaszamy żadnych uwag, co do procedury udzielenia zamówienia,
- akceptujemy wszystkie zmiany oraz modyfikacje SIWZ (w przypadku zmian zapisów SIWZ i modyfikacji),
- uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert określonego zapisami w SIWZ,
- nie jest wiążące wycofanie przez nas oferty, które nastąpiło po terminie składania ofert,
- zawarty w SIWZ wzór umowy dostawy (Załącznik nr 5) został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na niżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez ZAMAWIAJĄCEGO.

Warunki oferowane przez naszą firmę - istotne dla realizacji w/w zamówienia są następujące:
CENA ZA REALIZACJĘ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

PAKIET I. MEBLE MEDYCZNE

Załącznik nr 2

1. Łóżko rehabilitacyjne z leżem 2 – segmentowym – 20 sztuk

Wartość netto..... PLN

Słownie

Wartość brutto PLN

Słownie.....

2. Szafka przyłóżkowa 20 sztuk

Wartość netto..... PLN

Słownie

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

3. Wózek do transportu chorych – 1 sztuka

Wartość netto..... PLN

Słownie

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

4. Łóżko rehabilitacyjne z elektryczną regulacją wysokości - 1 sztuka

Wartość netto..... PLN

Słownie

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

5. Wózek do przewozu zwłok z przykryciem - 1 sztuka

Wartość netto..... PLN

Słownie

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

6. UNIWERSALNY STÓŁ DO BADAŃ PRZEJEZDNY – 1 sztuka

Wartość netto..... PLN

Słownie

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

**PAKIET II REJESTRATOR DŁUGOTRWAŁEGO MONITOROWANIA
CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI - 1 sztuka – Załącznik 2.1**

Wartość netto..... PLN

Słownie

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

PAKIET III SSAKI MEDYCZNE – Załącznik 2.2**1. Ssak elektryczny przenośny - 1 sztuka**

Wartość netto..... PLN

Słownie

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

2. Ssak elektryczny jezdny -1 sztuka.

Wartość netto..... PLN

Słownie

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

Szczegółowy wykaz cen jednostkowych i sposób wyliczenia wartości ogółem zawierają poszczególne „FORMULARZE ASORTYMENTOWO - CENOWE - PAKIET NR” -
Załączniki Nr : 2, 2.1, 2.2 do niniejszej oferty).

Oświadczamy, że podane ceny uwzględniają wszystkie czynniki cenotwórcze /cło, podatek VAT, transport w tym koszt załadunku i rozładunku asortymentu na właściwe oddziały szpitalne – SZPITALA POWIATOWEGO W CHMIELNIKU oraz udzielony przez firmę rabat/.

II. TERMIN I REALIZACJA ZAMÓWIENIA:

Gwarantujemy, że:

1. Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy dostarczymy i uruchomimy na wskazanych przez Zamawiającego oddziałach w terminie dni licząc od dnia podpisania umowy.
2. Zapewnimy pełny, bezpłatny serwis zakupionego sprzętu medycznego przez okres miesięcy od uruchomienia (minimum 24 miesiące).
3. Dostawa przedmiotu zamówienia odbędzie się naszym transportem na nasz koszt i ryzyko na wskazane przez Zamawiającego oddziały – Szpitala Powiatowego w Chmielniku w dniu roboczym od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 14.00.

- III. Oferowane warunki rozliczania się *ZAMAWIAJĄCEGO* z *WYKONAWCAMI* za zrealizowane dostawy:
- a) Termin płatności: płatność za realizację częściową przedmiotu zamówienia będzie dokonywana przelewem w terminie 30 dni po dostawie sprzętu medycznego i uruchomieniu na poszczególnych oddziałach wskazanych przez Zamawiającego i złożeniu faktury VAT u *ZAMAWIAJĄCEGO*.
- b) Wysokość odsetek z tytułu nieterminowej zapłaty - w wysokości odsetek ustawowych.
- IV. Oświadczam/y jednocześnie, iż firma nasza:
- spełnia wszystkie wymagania wynikające z art. 44 oraz nie podlega wykluczeniu z mocy art. 24 ust. 1. pkt. od 1) do 10) i ust. 2. pkt. od 1) do 4) ustawy prawo zamówień publicznych,
 - spełnia wszystkie warunki określone Ustawą - Prawo zamówień publicznych, jak również warunki określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia określone przez *ZAMAWIAJĄCEGO* w niniejszym postępowaniu,
- V. Ofertę niniejszą składamy na kolejno zapisanych, ponumerowanych i parafowanych stronach.
- VI. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 k.k.).

(miejsowość, data)

(Podpis i pieczętka upoważnionego przedstawiciela
WYKONAWCY