

**OFERTA
(WZÓR)**

na

**Dostawę łóżek i szaf lekarskich dla Oddziału Pediatrycznego Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie
(ZP 27/2015)**

Nazwa Wykonawcy

Adres ul. kod - miejscowość województwo powiat

Nr telefonu Nr faksu E-mail http://

NUMER NIP NUMER REGON

Nr rachunku bankowego

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **Dostawę łóżek i szaf lekarskich dla Oddziału Pediatrycznego Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie** opublikowanego w BZP (Numer ogłoszenia:), zamieszczonego na stronie internetowej www.zeromski-szpital.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego, my niżej podpisani po zapoznaniu się z materiałami przetargowymi oferujemy wykonanie zamówienia za kwotę:

Grupa 1:

wartość netto (słownie:))

wartość brutto(słownie:))

Nazwa	j.m.	ilość	Cena jednostkowa netto	Stawka VAT	Wartość netto (kol. 3 x kol. 4)	Wartość VAT (kol. 5 x kol. 6)	Wartość brutto (kol. 6 + kol. 7)	Typ/model/ numer katalogowy
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Łóżko szpitalne z materacem, wieszakiem na kropłówki i kompletem barierek	szt.	14						

- Oświadczamy, że zamówienie wykonamy w terminie (max. do 10) tygodni od daty podpisania umowy.
- Oświadczamy, że udzielamy (min. 24) miesięcznej gwarancji na oferowane łóżka.
- Czas podjęcia naprawy przez serwis wynosi:(max. do 72)* h od chwili zgłoszenia.
- Czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw wynosi: (max. 48)* h od chwili zgłoszenia.
- Adres serwisu: Możliwość zgłoszeń 24 godz/dobę, 365 dni/rok numer telefonu, fax oraz adres mail
- Przeglądy okresowe w czasie trwania gwarancji(min. 1)* na każde 12 miesięcy.

Grupa 2:

wartość netto (słownie:)

wartość brutto(słownie:)

Nazwa	j.m.	ilość	Cena jednostkowa netto	Stawka VAT	Wartość netto (kol. 3 x kol. 4)	Wartość VAT (kol. 5 x kol. 6)	Wartość brutto (kol. 6 + kol. 7)	Typ/model/ numer katalogowy
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Szafy lekarskie o wymiarach 900 x 550 x 2000 mm	szt.	2						

- Oświadczamy, że zamówienie wykonamy w terminie (max. do 10) tygodni od daty podpisania umowy.
- Oświadczamy, że udzielamy (min. 24) miesięcznej gwarancji na oferowane szafy.
- Czas podjęcia naprawy przez serwis wynosi:(max. do 72)* h od chwili zgłoszenia.
- Czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw wynosi: (max. 48)* h od chwili zgłoszenia.
- Adres serwisu: Możliwość zgłoszeń 24 godz/dobę, 365 dni/rok numer telefonu, fax oraz adres mail

Grupa 3:

wartość netto (słownie:)

wartość brutto(słownie:)

Nazwa	j.m.	ilość	Cena jednostkowa netto	Stawka VAT	Wartość netto (kol. 3 x kol. 4)	Wartość VAT (kol. 5 x kol. 6)	Wartość brutto (kol. 6 + kol. 7)	Typ/model/ numer katalogowy
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Szafa lekarska o wymiarach 900 x 550 x 2000 mm	szt.	1						

- Oświadczamy, że zamówienie wykonamy w terminie (max. do 6) tygodni od daty podpisania umowy.
- Oświadczamy, że udzielamy (min. 24) miesięcznej gwarancji na oferowaną szafę.
- Czas podjęcia naprawy przez serwis wynosi:(max. do 72)* h od chwili zgłoszenia.
- Czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw wynosi: (max. 48)* h od chwili zgłoszenia.
- Adres serwisu: Możliwość zgłoszeń 24 godz/dobę, 365 dni/rok numer telefonu, fax oraz adres mail

**Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie punkty umieszczone pod tabelą asortymentowo-cenową dla każdej grupy osobno, w zakresie której składa ofertę, pod rygorem odrzucenia oferty.*

Ponadto:

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Termin płatności: min. *30 dni*, Wykonawca uzupełnia w przypadku zaoferowania dłuższego terminu płatności :
3. Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że zapewnimy szkolenie personelu Zamawiającego zgodnie z pkt. III. 3 SIWZ .
6. Oświadczamy , że w zakresie sprzętu oferowanego jako wyrób medyczny serwis gwarancyjny prowadzony będzie zgodnie z art. 90 ust. 4 i 5 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. Nr 107 poz. 679) oraz że na każde żądanie Zamawiającego w nieprzekraczalnym 5 dniowym terminie przedłożymy dokumenty potwierdzające kwalifikacje pracowników wykonujących prace serwisowe.
7. Oświadczamy, że zgodnie z pkt. VII. 1 SIWZ dokonaliśmy wpłaty wadium w formie w wysokości: zł
(słownie: zł)
8. Wadium w formie pieniężnej powinno zostać zwrócone na rachunek bankowy:
8. Oświadczamy, że powierzymy podwykonawcom wykonanie przedmiotu zamówienia w części dotyczącej/że przedmiot zamówienia wykonamy w całości bez udziału podwykonawców * *niepotrzebne skreślić*
9. Załącznikami do niniejszej oferty są:

<i>L. p.</i>	<i>dokumenty, oświadczenia i informacje:</i>	<i>strona w ofercie</i>
1		
2		
3		
itp		

.....
*Podpisy osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy*