

Data

**OFERTA
(WZÓR)**

na

**„Dostawę mikroskopu operacyjnego na statywie podłogowym dla Oddziału Otolaryngologii”
(ZP 31/2015)**

Nazwa Wykonawcy

Adres kod miejscowość województwo..... powiat

Nr telefonu..... Nr faksu..... E-mail

NUMER NIP NUMER REGON

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawę mikroskopu operacyjnego na statywie podłogowym dla Oddziału Otolaryngologii** 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:

..... zł netto (słownie:)

..... zł brutto (słownie:)

| Nazwa | j.m. | ilość | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość VAT (kol. 4 x kol. 5) | Wartość brutto (kol. 4 + kol. 6) | Typ/model/ numer katalogowy |
|---|------|-------|---------------|------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Mikroskop operacyjny na statywie podłogowym | szt. | 1 | | | | | |

- Oświadczamy, że dostawa, montaż i uruchomienie mikroskopu nastąpi w terminie* (max. 4) tygodni od dnia podpisania umowy.
- Oświadczamy, że mikroskop jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2015), kompletny i po uruchomieniu gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
- Oświadczamy, że oferowany mikroskop spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego określone w opisie przedmiotu zamówienia.
- Oświadczamy, że na własny koszt dostarczymy, zmontujemy i uruchomimy sprzęt stanowiący przedmiot zamówienia we wskazanym przez Zamawiającego miejscu.
- Oświadczamy, że zapewnimy szkolenie personelu Zamawiającego zgodnie z pkt. III.5. SIWZ .
- Oświadczamy, że udzielimy gwarancji na mikroskop na okres* (min. 24) miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru.
- Oświadczamy, że zapewnimy autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski:
Adres serwisu*
Forma zgłoszeń napraw: tel.* fax* adres mail*
- Oświadczamy, że serwis gwarancyjny i pogwarancyjny 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.

- 9. Akceptujemy 60 dniowy termin płatności.
- 10. Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany w SIWZ.
- 11. Oświadczamy, że zawarty w SIWZ projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty jako oferty najkorzystniejszej, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 12. Oświadczamy, że powierzmy podwykonawcom wykonanie przedmiotu zamówienia w części dotyczącej/że przedmiot zamówienia wykonamy w całości bez udziału podwykonawców * **niepotrzebne skreślić**
- 13. Oświadczamy, iż osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia jest: * tel.: *
e-mail*
- 14. Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

***Wypełnia Wykonawca, pod rygorem odrzucenia oferty.**

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