

DATA .....

**OFERTA  
(WZÓR)**

na

**Zakup, dostawę, montaż i uruchomienie aparatury medycznej/sprzętu medycznego; do wyposażenia Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie wraz ze szkoleniem personelu (ZP 43/14)**

Nazwa Wykonawcy .....

Adres Wykonawcy

ul. .... kod .....-..... miejscowość .....

województwo..... powiat .....

Nr telefonu....., Nr faksu.....

E-mail:.....@..... http://.....

NUMER NIP ..... NUMER REGON .....

Nr rachunku bankowego .....

Imię i Nazwisko osoby uprawnionej do składania ofert w imieniu Wykonawcy w trakcie aukcji

elektronicznej ..... E-mail:.....@.....

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym – znak ZP 43/2014 na **Zakup, dostawę, montaż i uruchomienie aparatury medycznej/sprzętu medycznego; do wyposażenia Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie wraz ze szkoleniem personelu (ZP 43/14)** ogłoszonego w Dz. U. UE. nr 2015/S 022-035574 z dnia **31.01.2015 r.** , na stronie internetowej [www.zeromski-szpital.pl](http://www.zeromski-szpital.pl) oraz tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego, po zapoznaniu się z materiałami przetargowymi oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

**Grupa 1:**

- wartość netto za całość zamówienia ..... (słownie: .....),
- wartość podatku VAT ..... ( stawka..... )%
- wartość brutto za całość zamówienia ..... (słownie: .....),
- termin płatności (30 dni), Wykonawca uzupełnia w przypadku zaoferowania dłuższego terminu płatności : .....\*

1. Czas podjęcia naprawy przez serwis wynosi : .....max. do 24 h – od chwili zgłoszenia.

2. Czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw, wynosi : ..... dla grupy 1 - 12 h, dla grupy 2-8 - 48 h,.\*niepotrzebne skreślić

3. możliwość zgłoszeń 24 godz/dobę, 365 dni/rok numer telefonu ....., fax ....., oraz adres mail .....
4. przeglądy serwisowe w czasie trwania gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta sprzętu medycznego .....( podać)
5. ilość przeglądów okresowych po zakończeniu okresu gwarancji ..... ( podać)
6. termin realizacji zamówienia: max 12 tygodni od podpisania umowy – .....( podać)

**itd. wypełnić dla każdej grupy osobno.**

Ponadto:

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- 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.
- Oświadczamy, że zapewnimy szkolenie personelu Zamawiającego zgodnie z pkt. III. 3 SIWZ .
- 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.
- Oświadczamy, że zgodnie z pkt. VII. 1 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia dokonaliśmy wpłaty wadium w formie ..... w wysokości: ..... zł (słownie: ..... zł)
- Wadium w formie pieniężnej powinno zostać zwrócone na rachunek bankowy: .....
- Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy w całości bez udziału podwykonawców \*/ że powierzmy podwykonawcom wykonanie przedmiotu zamówienia do SIWZ. /, \* **niepotrzebne skreślić.**

WYKAZ CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, które zostaną wykonane przez podwykonawców	
1	
2	

**\*W przypadku wykonania zamówienia samodzielnie należy przekreślić treść oświadczenia i/lub nie wypełnia tabeli.**

8. Załącznikami do niniejszej oferty są:

Lp.	dokumenty, oświadczenia i informacje:	strona w ofercie
1		
2		
3		
4		
5		
itp		

.....

Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy.