

FORMULARZ OFERTOWY

Dot. przetargu nieograniczonego na:

„Zakup karty do mammografu

dla Działu Diagnostyki Obrazowej SP ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie”

Nazwa i adres Oferenta **REGON**

..... **NIP:**

Rodzaj i Nr dokumentu rejestrowego (o którym mowa w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2009 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane) **lub oświadczenie Wykonawcy, że jest osobą fizyczną**

.....

..... **Nr kierunkowy**

województwo **Tel.**

e-mail **Faks**

Oferujemy przyjęcie do wykonania przedmiotu zamówienia :

Cena brutto zł słownie

w tym

netto.....zł słownie

podatek VATzł słownie

Stawka podatku VAT:

Nazwa przedmiotu zamówienia

Rok produkcji:

Producent:

1. Wyrażamy zgodę na zapłatę faktury w terminie **do 30 dni** licząc od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas 30 dni.
3. Część zamówienia, którą powierzymy podwykonawcom:

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i warunkami określonymi w projekcie umowy oraz przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
5. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w załączniku nr 4 do SIWZ, stanowiącym projekt umowy.
6. Oświadczamy, że oferujemy przedmiot zamówienia zgodny z opisem zawartym w SIWZ.
7. Oświadczamy, że oferowane wyroby medyczne posiadają dopuszczenie do obrotu i do używania zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679).
8. **Okres gwarancji:** miesięcy od dnia dostawy (**minimum 6 m- cy**).
9. Oferujemy następujące **warunki gwarancji** (zgodne z wymaganiami określonymi w siwz, w szczególności z projektem umowy):

.....
.....

10. Termin realizacji: **do 14 dni od podpisania umowy.**

dnia

.....
*Wykonawca lub upetnomocniony
przedstawiciel*