**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: |  |
| Adres (siedziba) Wykonawcy: |  |
| Województwo: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| Osoba do kontaktu: |  |
| Telefon: |  |
| fax: |  |
| e-mail: |  |

Do Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, ul. Kopernika 36

dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **dostawę pomp infuzyjnych, stacji dokujących, stojaków i urządzeń peryferyjnych przeznaczonych do Nowej Siedziby Szpitala Uniwersyteckiego (NSSU) wraz z instalacją, uruchomieniem i szkoleniem personelu.**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Część 1:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena brutto oferty:** | …………………………….. zł. |

Część 2:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena brutto oferty:** | …………………………….. zł. |

Część 3:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena brutto oferty:** | …………………………….. zł. |

Część 4:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena brutto oferty:** | …………………………….. zł. |

Część 5:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena brutto oferty:** | …………………………….. zł. |

Część 6:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena brutto oferty:** | …………………………….. zł. |

Część 7:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena brutto oferty:** | …………………………….. zł. |

zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w załączniku nr 1a do specyfikacji oraz postanowieniami wzoru umowy (załącznik nr 3 do specyfikacji).

1. Termin płatności: do 60 dni.
2. Oświadczamy, że zamówienie wykonamy w terminie:

3.1. Dostawa: sukcesywna dostawa sprzętu do 30 listopada 2018 r. pod warunkiem zrealizowania minimum 50% dostaw do 30 września 2018 r..

3.2. Instalacja, uruchomienie oraz szkolenie personelu (w terminie zakreślonym przez Zamawiającego, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez Wykonawcę wezwania) - do 30 listopada 2019 r.

3.3. Zamówienie opcjonalne tj. dostawa sprzętu do magazynu Wykonawcy oraz przechowywanie sprzętu w magazynie Wykonawcy wraz z ubezpieczeniem i transport - maksymalnie do dnia 30 listopada 2019 r.

1. Oświadczam, że wybór niniejszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie\*: …………………….

………………………………………………………………………………………………………

*\*Jeżeli wykonawca nie poda powyższej informacji to Zamawiający przyjmie, że wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług*.

1. Oświadczamy, że oferowany przez nas sprzęt jest wyrobem medycznym dopuszczonym do obrotu i używania na terenie Polski, zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 20.05.2010 r. roku o wyrobach medycznych. Jednocześnie oświadczamy, że na każdorazowe wezwanie Zamawiającego przedstawimy dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie Polski.
2. Okres gwarancji został podany w wypełnionym załączniku nr 1a do specyfikacji.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją wraz z jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres podany w specyfikacji.
5. Oświadczamy, ze zapoznaliśmy się z treścią załączonego do specyfikacji wzoru umowy i w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy z zamawiającym umowę sporządzoną na podstawie tego wzoru.
6. Oświadczamy, że zamierzamy powierzyć następujące części zamówienia podwykonawcom i jednocześnie podajemy nazwy (firmy) podwykonawców\*:

Część zamówienia: .....................................................................................................................................

Nazwa (firma) podwykonawcy: ...................................................................................................................

*\*Jeżeli wykonawca nie poda tych informacji to Zamawiający przyjmie, że wykonawca nie zamierza powierzać żadnej części zamówienia podwykonawcy*

1. Dane do umowy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| a) Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony wykonawcy | | | | |
| Imię i nazwisko | stanowisko | | | |
|  |  | | | |
| b) Osoba(y), odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy | | | | |
| Imię i nazwisko | | Stanowisko | | Nr tel/ fax/ e-mail |
|  | |  | |  |
| c) Nr rachunku bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą | | | | |
| Nazwa banku | | | Adres | Nr rachunku |
|  | | |  |  |

1. **Hasło dostępu do pliku JEDZ przekazanego pocztą elektroniczną: ………………………….**