Załącznik nr 2 do SIWZ

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa: .........................................................................................................................................................................................................................

Siedziba: ...................................................................kod.............................................ul..............................................................................................

Województwo:.............................................................................................................................................................................................................

Nr telefonu/fax: .........................................................................................................................................

http:// ..................................................... e-mail: ......................................................................................

Nr NIP: ...................................................Nr REGON....................................................................................

## Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Siedziba: 30-663 Kraków, ul. Wielicka 265

## Zobowiązania Wykonawcy:

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawa odczynników izotopowych i radiofarmaceutyków dla Pracowni Scyntygrafii - 7 grup**

* + 1. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia, zgodnie z załączonymi formularzami cenowymi zał. nr 3/1 do 3/7 do siwz. za cenę brutto:

GRUPA 1 ……………………………………………………..

GRUPA 2 - …………………………………………………..

GRUPA 3 - ………………………………………….………

GRUPA 4 - ……………………………………..…………..

GRUPA 5 - …………………………………………..……..

GRUPA 6 - ………………………………………………….

GRUPA 7 - ………………………………………………….

* + 1. Zamówienia będą realizowane przez **okres 12 miesięcy** począwszy od dnia zawarcia umowy.
    2. Termin niezmienności cen wynosi …………………………..
    3. Termin płatności: ………dni\* (min. 60 dni) od daty otrzymania towaru i prawidłowo wystawionej faktury)

6. Dostarczymy towar do siedziby Kupującego własnym transportem, na własny koszt i ryzyko w terminie ……..… (max. 7 dni) od daty zgłoszenia zamówienia.

7.Oświadczamy, że oferowane odczynniki izotopowe i radiofarmaceutyki będą posiadały termin ważności: Grupa 1 – 14 dni od daty kalibracji; Grupy 2-6 –3 miesięcy w chwili dostawy do Zamawiającego; Grupa 7 – 9 dni od daty produkcji .

8.Oświadczamy, że oferowane przez nas odczynniki izotopowe i radiofarmaceutyki są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Polski na zasadach określonych w ustawie o wyrobach medycznych (dokumenty w załączeniu ).

9.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.

10.Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

11.Dostawy objęte zamówieniem wykonamy sami/ wykonanie następujących części zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom…………………………………………………………………………….\*\*).

12.Oświadczamy, że zawarte w siwz, istotne postanowienia umowy zastały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Dane do umowy:

|  |  |
| --- | --- |
| **a) Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony wykonawcy** | |
| **Imię i nazwisko** | **stanowisko** |
|  |  |
|  |  |
| **b) nr rachunku bankowego, na który realizowana będzie płatność za zrealizowane dostawy** | |
|  |  |

13. Załącznikami do niniejszej oferty są:

Oświadczamy, że na stronach ............................................ oferty są zawarte informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego.

*\*) w przypadku gdy Wykonawca nie wypełni miejsca wykropkowanego, Zamawiający przyjmie, że zaoferowany termin płatności wynosi 60 dni.*

*\*\*) niepotrzebne skreślić*

……................., dnia ……………

...........................................................................................................................

*(podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*