**Załącznik nr 2 do SIWZ**

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Wykonawcy:

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

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

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

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

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

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

## Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Siedziba: **30-663 Kraków, ul. Wielicka 265**

## Zobowiązania Wykonawcy:

1. Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawę drobnego sprzętu medycznego - 3 grupy**

zobowiązujemysię dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z załączonym formularzem cenowym - zał. nr 3/ do siwz za cenę brutto:

grupa 1 - ……… zł

grupa 2 - ……… zł

grupa 3 - ……… zł

2. Zamówienie będzie realizowane sukcesywnie przez okres **24 miesiące** od daty podpisania umowy.

3. Termin płatności: …….……dni\* ( **min. 60 dni**) od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.

4. Oferowany termin niezmienności cen ( po wymaganym 12 miesięcznym okresie) wynosi …………………………………………………

5. Termin dostawy oferowanych produktów ........ dni ( max.7 dni ) od daty złożenia zamówienia.

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

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

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

9. 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** |
|  |  |

* + 1. 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)*

Załącznik nr 3/3 do siwz

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:.........................................................................................................

**FORMULARZ CENOWY**

**Grupa 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis produktu | Nazwa handlowa przedmiotu zamówienia  | J.M. | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT% | Wartość VAT | Wartość brutto | PełnyNumer katalogowy | Kraj prod. |
| **1.** | Kranik trójdrożny typu Luer- lock z trójramiennym pokrętłem i każdym wejściem zabezpieczonym fabrycznie zamontowanym koreczkiem, dopuszczony do użytku z każdym rodzajem preparatu, optyczny i wyczuwalny identyfikator położenia  |  | **szt** | **70000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Przedłużacz do pomp infuzyjnych 7 cm ze względu na szkodliwość pozbawione ftalanów DEHP,  z kranikiem  |  | **szt** | **20000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | Przedłużacz do pomp 120 cm |  | **szt** | **300000** |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem |  |  |  |  |  |  |

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

*miejscowość, data podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*