**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 **zakup wyposażenia technologicznego Apteki w ramach programu Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie** zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z dołączonym formularzem cenowym - zał. nr 3/1 oraz formularzami specyfikacji technicznej za cenę brutto: …………………………………………………………………………..zł
		2. Termin dostawy , montażu ( max 4 tygodnie) ……………………. od daty podpisania umowy.
		3. Termin płatności …… ( min. 60 dni ) po dostarczeniu towaru oraz prawidłowo wystawionej faktury oraz podpisania protokołu odbioru przez osoby upoważnione występujące w imieniu Zamawiającego i Wykonawcy
		4. Oświadczamy, że dostarczone urządzenia będą gotowe do pracy bez dodatkowych inwestycji.
		5. Okres gwarancji wynosi ……… ( min.24 miesiące ) od daty podpisania protokołu odbioru.
		6. Serwis gwarancyjny prowadzi:…………………………………………………………………. Tel/fax: ……………………………..…………….
		7. Zobowiązujemy się do przeprowadzenia szkolenia personelu w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
		8. Osobą uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie dostaw jest: ………………………………………………… Tel.: ................................................
		9. Oświadczamy, że oferowane przez nas produkty są zgodne z wymaganiami opisanymi w SIWZ oraz dopuszczone do obrotu na terenie RP i UE
		10. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
		11. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
		12. Dostawy, objęte zamówieniem wykonamy sami/ wykonanie następujących części zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom…………………………………………………………………………….\*\*).
		13. 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** |
|  |  |

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1)...................................

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.*

……………………………………… …...…………………………………………

Miejscowość, Data ( podpis Wykonawcy )

**Załącznik 3/1 do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

ZAMAWIAJĄCY : Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie ul. Wielicka 265

Nazwa i adres Wykonawcy……………………………………………….....................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa urządzenia**  | **Opis** | **Ilość** | **Cena jedn. netto(zł)** | **Wartość brutto(zł)** |
|  |  |  |  |  |  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | Pompa perystaltyczna do przetaczania płynów | wg. zał. 4/1 | 1 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. | Chłodziarka farmaceutyczna | wg. zał. 4/2 | 2 |  |  |
| 3. | Zmywarka wolnostojąca | wg. zał. 4/3 | 1 |  |  |
| 4. | Szafa chłodnicza z rejestratorem i alarmem | wg. zał. 3/4 | 5 |  |  |
| 5. | Maszyna uniwersalna do produktów farmaceutycznych/kosmetycznych | wg. zał. 4/5 | 1 |  |  |
| 6. | Waga laboratoryjna | wg. zał. 4/6 | 1 |  |  |
| 7. | Waga laboratoryjna | wg. zał. 4/7 | 2 |  |  |
| 8. | Waga laboratoryjna | wg. zał. 4/8 | 2 |  |  |
| 9. | Higrometr elektroniczny ze świadectwem wzorc. | wg. zał. 4/9 | 15 |  |  |
| 10. | Rejestrator temperatury i wilgotności | wg. zał. 4/10 | 15 |  |  |
| 11. | Drukarka etykiet | wg. zał. 4/11 | 5 |  |  |
| 12. | Kolektor danych | wg. zał. 4/12 | 5 |  |  |
| 13. | Bindownica | wg. zał. 4/13 | 1 |  |  |
| 14. | Niszczarka do papieru | wg. zał. 4/14 | 1 |  |  |
| 15. | Wózek do sprzątania + mop | wg. zał. 4/15 | 3 |  |  |
| 16. | Szafa pancerna | wg. zał. 4/16 | 1 |  |  |
| RAZEM |  |
| **Warunki gwarancji dla urządzeń**  |
| Minimalny okres gwarancji 24 m-ce, cena zakupu obejmuje wymagane przeglądy techniczne, nie rzadziej niż raz na rok, w tym bezpłatny  |
| przegląd na koniec okresu gwarancji, łącznie z kosztem części - wykonywane przez autoryzowany serwis |
| Cena zakupu obejmuje pełną obsługę serwisową wykonywaną przez autoryzowany serwis przez okres obowiązywania gwarancji |
| Czas reakcji na zgłoszoną usterkę do 24 godzin w dni robocze |
| Jeśli czas usunięcia awarii przekracza 48 godzin wymagane urządzenie zastępcze |
| Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji |
| 3 naprawy powodują wymianę urządzenia na nowe na koszt dostawcy |
| Warunki gwarancji winny obejmować potencjalne przyczyny utraty gwarancji |
|  |  |  |
| …………………………………….. ......................................Miejscowość, data ( podpis Wykonawcy ) |