**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 rękawiczek 10 grup** zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z dołączonymi formularzami cenowymi - zał. nr 3/1-3/10 za cenę brutto

|  |  |
| --- | --- |
| **GRUPA 1** | ………………………………………………………………… zł |
| **GRUPA 2** | ………………………………………………………………… zł |
| **GRUPA 3** | ………………………………………………………………… zł |
| **GRUPA 4** | ………………………………………………………………… zł |
| **GRUPA 5** | ………………………………………………………………… zł |
| **GRUPA 6** | ………………………………………………………………… zł |
| **GRUPA 7** | ………………………………………………………………… zł |
| **GRUPA 8** | ………………………………………………………………… zł |
| **GRUPA 9** | ………………………………………………………………… zł |
| **GRUPA 10** | ………………………………………………………………… zł |

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

3. Oferowany termin niezmienności cen jednostkowych netto wynosi po wymaganym 12 miesięcznym okresie …………………………………………………………………

4. Termin płatności za dostarczony towar: ………dni\* ( **min. 60 dni**) od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury przelewem na konto bankowe Wykonawcy.

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

5. Oświadczamy, że oferowane przez nas wyroby medyczne są być dopuszczone do obrotu i używania na zasadach określonych w ustawie o wyrobach medycznych (dokumenty w załączeniu).

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.

10.Oświadczamy, że wybór naszej oferty:

* będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w zakresie …………………………………………………………….(należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego), o wartości ……………………………………..zł netto (należy wskazać wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku).\*\*)
* nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług\*\*)

**\*\*)** zaznaczyć właściwe

**11. Forma, w jakiej zostało wniesione wadium**

................................................................................................. zał. nr...................

Numer konta, na jakie Zamawiający dokona zwrotu wadium:

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

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:

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 …………… …………………………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*