Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Tel: 012 658-20-11; fax 012 658-10-81

Regon 351375886 NIP 679-252-57-95

Kraków, 16.05.2016

EZP-271-2/51/2016/p-1

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę zestawów angiograficznych dla dzieci znak sprawy: EZP-271-2/51/2016 pismo 1

Zamawiający wykreśla z istotnych postanowień umowy punkt 11 o treści:

11. Kwota wynagrodzenia umownego określonego w pkt.10 nie może ulec zmianie na niekorzyść Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Powyższe nie dotyczy okoliczności określonych w art. 142 ust. 5 PZP tj. zmiany

- stawki podatku od towarów i usług

- wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę

- zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne

Warunkiem wprowadzenia powyższych zmian jest wykazanie przez Wykonawcę w formie pisemnej, iż zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania przez Wykonawcę przedmiotu umowy.

Powyższe zmiany obowiązywać będą od daty wejścia w życie aktów prawnych wprowadzających powyższe zmiany. Postanowienie § 9 umowy ma odpowiednie zastosowanie.

dotychczasowy punkt 12 otrzymuje numerację 11.

**Zamawiający zmienia termin składania i otwarcia ofert. Nowe terminy:**

**SKŁADANIA OFERT: 20.05.2016r. do godz. 10:45 pok. 2h-06b**

**OTWARCIA OFERT: 20.05.2016r. godz. 11:00 pok. 2h-06b**

Zamawiający poprawia formularz ofertowy, w załączeniu poprawiony formularz.

Pozostałe zapisy siwz pozostają bez zmian.

Niniejsze pismo zamieszczone zostaje na stronie internetowej bip.usdk

 Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

 lek. med. Andrzej Bałaga

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 zestawów angiograficznych dla dzieci** zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia, zgodnie z załączonym formularzem cenowym - zał. nr 3 do siwz za cenę brutto:………………………………………………………..zł

2. Zamówienia będą realizowane przez okres **12 miesięcy** począwszy od dnia zawarcia umowy.

3. Oferowany termin niezmienności cen wynosi…………………………………………………………………………………………………………………………….

4. Termin dostawy .......................................... (**max 5 dni**) od daty złożenia zamówienia faksem

5. Termin płatności za dostarczony towar ….…………………. dni\* (min. 60 dni) od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.

6. Oświadczamy, że oferowane przez nas w wyroby medyczne będące przedmiotem zamówienia są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Polski na zasadach określonych w ustawie o wyrobach medycznych –dokumenty w załączeniu

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

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

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

10. 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.

11. 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\*\*)

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*