Załącznik nr 2 do SIWZ

FORMULARZ OFERTOWY ( poprawiony )

## Dane dotyczące Wykonawcy:

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

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

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

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

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

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

Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem TAK/NIE\*

## 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 sprzętu medycznego dla Bloku Operacyjnego – 4 grupy** zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia, zgodnie z załączonym formularzem cenowym nr 3/…. do siwz. za cenę:

|  |
| --- |
| **Grupa 1****netto ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****brutto: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****Grupa 2****netto ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****brutto: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****Grupa 3****netto ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****brutto: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****Grupa 4****netto ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………****brutto: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

* + 1. Zamówienia będą realizowane **przez okres 24 miesięcy** począwszy od dnia zawarcia umowy.
		2. Dostarczymy towar do siedziby Zamawiającego własnym transportem, na własny koszt i ryzyko w terminie wykazanym poniżej od daty otrzymania zamówienia:

 Dla grupy 1 - …… dni

Dla grupy 2 - ……. dni

 Dla grupy 3 - …… dni

Dla grupy 4 - ……. dni

* + 1. Termin płatności: ………dni\* ( min. 60 dni) od daty otrzymania towaru i prawidłowo wystawionej faktury.
		2. Oświadczamy, że ceny podane w formularzu cenowym będą stałe przez okres trwania umowy.
		3. Oświadczamy, że oferowane przez nas w wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Polski na zasadach określonych w ustawie
		o wyrobach medycznych. Jednocześnie oświadczamy, że na każdorazowe wezwanie Zamawiającego przedstawimy dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie Polski
		4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
		5. Termin przydatności do użycia wynosi:

Dla grupy 1 - …… mies.

Dla grupy 2 - ……. mies.

* + 1. Termin rozpatrzenia reklamacji:

 Dla grupy 1 - …… dni

Dla grupy 2 - ……. dni

* + 1. Oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu.
		2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
		3. Dostawy objęte zamówieniem wykonamy sami/ wykonanie następujących części zamówienia powierzymy podwykonawcom …………………………………………………………………………….\*\*).
		4. 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.
		5. **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** |
|  |  |

* + 1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1)

2)

3)

4)

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

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)*