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 do stomii** zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z dołączonym formularzem cenowym – zał. nr 3 za cenę brutto: …………………………………………………………………. zł

2. Zamówienia będą realizowane przez okres **24 miesięcy** począwszy od dnia zawarcia umowy.

3. Oświadczamy, że termin niezmienności cen netto będzie obowiązywał przez okres ….. ( min. 12 miesięcy).

4. Termin dostawy .... dni ( max. 7 dni ) od daty złożenia zamówienia faksem.

6. Termin płatności przelew ………dni\* (min. 60 dni) od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.

7. 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.

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

9. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres podany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

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 zamierzamy powierzyć następujące części zamówienia podwykonawcom i jednocześnie podajemy nazwy (firmy) podwykonawców\*:

 Część zamówienia: .....................................................................................................................................
Nazwa (firma) podwykonawcy: ...................................................................................................................

 *\*Jeżeli wykonawca nie poda tych informacji to Zamawiający przyjmie, że wykonawca nie zamierza powierzać żadnej części zamówienia podwykonawcy*

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

**Dane do umowy:**

|  |
| --- |
| Osoby które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy: |
| Imię i nazwisko |   |
|  |   |
|  |   |
| Osoba(y) odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | Nr telefonu / e-mail |
|  |   |  |
|  |   |  |
| Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcy |
| Nazwa i adres banku |   |
|   |   |

14. 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.*

*\*\*) niepotrzebne skreślić*

……............................., dnia …………… …………………………………………………………………………………………………………

 (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)