Załącznik nr 2 do SIWZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

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

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

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

Nrtelefonu/fax:........................................................................................................................................http://.....................................................email.......................................................................................

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 **Dostawa wskaźników do napromieniowania krwi 25Gy,** zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z dołączonym formularzem cenowym – zał. nr 3 za cenę brutto:

…………………………………………………………………. zł

2.Zamówienia będą realizowane przez okres **48 miesięcy** począwszy od dnia zawarcia umowy.

3.Termin płatności przelew ………dni\* (min. 60 dni) od daty otrzymania przez Zamawiającego, prawidłowo wystawionej faktury.

4.Wykonawca gwarantuje niezmienność cen jednostkowych podanych w ofercie przez okres…………………..

( min. 12 miesięcy).

5.Oświadczamy, że dostarczymy towar do siedziby Zamawiającego własnym transportem, na własny koszt i ryzyko w terminie do ……..………..**dni** **roboczych** od daty złożonego zamówienia faxem, e-mailem – **Dostawy systematyczne**

6.Oświadczamy, że będziemy zobligowani do wykonania max. 2 nieodpłatnych walidacji ( mapowanie izodoz) Radiatora Gamma Cell 100 elite systemem dozymetrii DOSE-MAP w ciągu obowiązywania umowy w terminach uzgodnionych z Zamawiającym.

7.Oświadczamy, że oferowane wskaźniki są kompatybilne z systemem dozymetrii DOSE-MAP.

8.Oświadczamy, że oferowane wskaźniki są do stosowania z radiatorem wykorzystującym cez-137.

9.Oświadczamy, że oferowane wskaźniki są samoprzylepne, przeznaczone do naklejania na pojemniki zawierające składniki krwi przed poddaniem ich procedurze napromieniowania.

10.Oświadczamy, że oferowane wskaźniki umożliwiają jednoznaczne wskazanie, że składnik krwi został napromieniowany dawką minimalną tj.co najmniej 25Gy poprzez zmianę zabarwienia okienka, ze zmianą znacznika z nazwy: „NIE NAPROMIENIOWANO” na „NAPROMIENIOWANO”.

11.Oświadczamy, że do każdej partii dostawy dołączona będzie szczegółowa instrukcja stosowania wskaźników napromieniowania krwi.

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

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

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

15.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.

16.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

**17.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 | |  |
|  | |  |

18. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1)

2)

3)

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)