

FORMULARZ OFERTOWY

Uwaga: *Wypełnia w całości i podpisuje Wykonawca*

Dane Wykonawcy

Adres / siedziba/ Wykonawca

tel. /

fax../.....

adres e-mail osoby upoważnionej do korespondencji z

Zamawiającym:.....

Oferta dotyczy przetargu nieograniczonego ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie ul. Młyńska 2, Nr AS/1/29/18
na:

**Dostawę leków, leków dla Stacji Dializ, żelu do znieczuleń powierzchniowych
dla SPZOZ w Krotoszynie – pakiet nr 1-20**

w okresie 12 miesięcy liczonych od daty początku terminu realizacji umowy.

I. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami SIWZ za cenę podaną w Formularzu cenowym.

II. Oświadczamy , że:

1. W cenie niniejszej oferty, określonej w Formularzu Cenowym zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
2. Zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
4. Zawarte w SIWZ warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. W przypadku otrzymania zamówienia, koordynatorem nadzorującym realizację postanowień umownych zostanie Pan(i):
.....

telefon kontaktowy.....

6. Wszelkie płatności związane z realizacją umowy, w przypadku wyboru Naszej oferty, Zamawiający przekazywał będzie na konto nr:
.....

7. Wszystkie oferowane przez nas produkty (wszystkie pozycje w pakietach) posiadają aktualne, obowiązujące w świetle przepisów świadectwa rejestracji, pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego oraz wpis/zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (dotyczy pakietów gdzie do leku wymagane są dodatkowo wyroby medyczne), i zobowiązujemy się do przedstawienia ich na każde żądanie Zamawiającego.

8. Termin płatności:

Oferujemy termin płatnościdni od daty otrzymania faktury przez zamawiającego.

Wykonawca zobowiązany jest zaoferować termin płatności minimalnie 50 dni, maksymalnie 60 dni i od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego.

10. Zamierzamy powierzyć podwykonawcy następującą część zamówienia:..... *
/nie zamierzamy powierzyć podwykonawcy żadnej części zamówienia.*

* niepotrzebne skreślić

11. Oferta została złożona nastronach, kolejno ponumerowanych od nr 01 do nr.....

12. Oświadczamy, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa/
Oświadczamy, że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa ./*

* niepotrzebne skreślić

Jeżeli Wykonawca nie zakreślił żadnej z powyższych opcji, Zamawiający przyjmie, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.

13. Wykonawca przesyła Zamawiającemu zaszyfrowany i podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym JEDZ na adres poczty elektronicznej: donata.lopaczyk@spzoz-krotoszyn.pl w taki sposób, aby dokument ten dotarł do Zamawiającego przed upływem terminu składania ofert

14. Hasło dostępu do pliku JEDZ (szczegółowy opis dot. JEDZ zawarty jest w rozdz. VII SIWZ).....

III. Wpłata wadium

1. Forma w jakiej zostało wniesione wadium

.....

2. Kwota wniesionego wadiumzł.(słownie złotych
.....)

3. Numer rachunku bankowego na jaki zamawiający dokona zwrotu wadium (dotyczy w przypadku wniesienia wadium w formie pieniężnej).

.....

IV. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.

2.

3.

4.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)