Załącznik nr 1 do zapytania

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

NIP: ....................................................

REGON: ....................................................

Nr telefonu: ....................................................

Nr faksu: ....................................................

Adres email ………………………………………..

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

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

Imię i nazwisko (funkcja) osoby upoważnionej do

podpisania umowy……………………………….

……………………………………………………

## O F E R T A W Y K O N A W C Y

1. Oferujemy dostawę testów diagnostycznych na warunkach i zasadach określonych w zapytaniu za cenę wskazaną w formularzu ofertowym (załącznik nr 2 do zapytania).

2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktury wynikający z zapisów wzoru umowy, który jest nie krótszy niż 60 dni.

3. Dostawa na koszt Wykonawcy w ciągu …………….. od złożenia zamówienia. Warunek Zamawiającego – termin dostawy danej partii towaru nie może przekroczyć 7 dni roboczych od złożenia zamówienia.

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią zapytania i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

5. Oświadczamy, że zawarty w zapytaniu ofertowym wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.

7. Udzielamy gwarancji na testy na okres ............... miesięcy od przyjęcia ich przez Zamawiającego. /Warunek Zamawiającego - minimum 12 miesięczna gwarancja/.

8. Oświadczamy, że oferowane przez nas produkty spełniają wymogi określonych norm oraz posiadają wszystkie niezbędne dokumenty potwierdzające dopuszczenie oferowanych produktów do użytku szpitalnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Oferowane przez nas produkty są oznakowane znakiem CE wg ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

9. Wykonawca ustanawia swojego przedstawiciela odpowiedzialnego za realizację zobowiązań wynikających z niniejszej umowy w osobie ............................................................... tel./fax ...............

10. Nr faxu lub email na który będą przesyłane zamówienia …………………………………..

11. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Dokumenty wymagane treścią zapytania ofertowego.

.................................. , dnia ...................... ..............................................................

 *(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)*