**Załącznik nr 1 do umowy**

**Kz-2380/28/2018**

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

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

pieczęć Wykonawcy miejscowość, data

# **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY – ZADANIE NR 4**

**Przegląd serwisowy (w ciągu *21 dni od podpisania umowy* ) Termocyklera GeneAmp PCR System 9700 firmy Life Technologies, rok produkcji 2004**

**Pełna nazwa i siedziba wykonawcy:**

…...............................................................................................................................................................

Telefon …................................................ Fax ...................................................

REGON …............................................... NIP …...............................................

Adres e-mail: …..……………….….….…………….....................................…………………………….…..

1. **Wartość oferty:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa asortymentu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| **1.** | * ***Kompleksowy przegląd serwisowy  z uwzględnieniem między innymi:*** * przeprowadzony zgodnie ze specyfikacją producenta obejmujący m.in.: * czyszczenie sprzętu w tym czyszczenie bloków testowych, ogrzewanej obudowy, wentylatora, monitora, * weryfikację pracy instrumentu w tym weryfikacja dokładności oraz jednolitości temperatury certyfikowanymi urządzeniami pomiarowymi, * testowanie jednostek funkcjonalnych, * testowanie komponentów mechanicznych, * weryfikacja instrumentu pod względem bezpieczeństwa * sporządzenie pełnego raportu serwisowego. * Wykonawca musi posiadać autoryzację producenta sprzętu do jego serwisowania. | 3 szt. |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |  |  |

**Wykonawcy, którzy nie posiadają autoryzacji producenta sprzętu do jego serwisowania mogą się wykazać doświadczeniem w okresie ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie usługi w zakresie należytego wykonania usługi przeglądu co najmniej dwóch urządzeń identycznych jak posiadane przez Zamawiającego tj. termocyklera 9700. Usługa powinna być wykonana na terenie Polski w laboratoriach specjalizujących się w badaniach genetycznych identyfikacji śladów genetycznych lub badaniach ojcostwa.**

***\* w cenę asortymentu należy wkalkulować wszelkie dodatkowe koszty (np. transport oraz wymianę ewentualnych zużywalnych części).***

Wartość brutto ....................................................................................................................................... zł

/słownie/ .................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………….

***2. Termin wykonania usługi nastąpi w ciągu 21 dni od podpisania umowy po wcześniejszym uzgodnieniu dokładnej daty wykonania usługi z Laboratorium Kryminalistycznym KWP w Łodzi.***

3.Oświadczamy, że zawarty do Ogłoszenia wzór umowy został przez nas zaakceptowany   
 i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych  
 w niej warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Ogłoszenia, nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia na warunkach w nim określonych.

**5. Oświadczam, że zgodnie z …………………………………………………** /wskazać odpowiedni dokument, z którego wynika prawo do reprezentacji Wykonawcy – KRS, CEIDG, pełnomocnictwo/

**do reprezentacji Wykonawcy w postępowaniu, złożenia i podpisania oferty wraz  
z załącznikami uprawniony jest:**

………………………………………………………........................................................................

*/imię i nazwisko osoby/osób/*

**6. Pozostałe istotne warunki zamówienia:**

1. Okres gwarancji: **….. miesiące/cy**
2. Ważność oferty: **................ dni** /nie krótszy niż 30 dni/
3. Wymagana forma i termin płatności – **przelew 30 dni** od daty doręczenia asortymentu wraz z fakturą do siedziby Zamawiającego.
4. Imię i nazwisko, nr telefonu, faxu oraz e-mail osoby upoważnionej do kontaktów   
   z Zamawiającym:.............................................................................................................

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

7. Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez KWP   
 w Łodzi.

*...........................................................................*

*( pieczęć i podpis/y osób/osoby uprawnionej/ych*

*do reprezentowania Wykonawcy)*