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

*(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy) (Miejscowość)*

**ZAMAWIAJĄCY:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką –

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

50-981 Wrocław, ul. R. Weigla 5

**OFERTA**

**Nawiązując do zapytania ofertowego w sprawie udzielenia zamówienia publicznego poniżej progu określonego w art. 2 ust. 1 pkt 1 Ustawy PZP (130 000 PLN) pod nazwą:**

***„Dostawa hemostatyków, zestawów do irygacji, systemów infuzyjnych, sprzętu jednorazowego do dializ, cewników dializacyjnych”***

niżej podpisani, reprezentujący:

Pełna nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………………………..

Adres………………………………………………………..………………………………………………….

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

Tel. ……………………………………..……. Fax ……………….…………………………...

Nr konta……………………………………………………...………………………………………………...

składamy niniejszą ofertę**:**

1. Oświadczamy, że oferujemy **sprzedaż i** **dostawę: *hemostatyków, zestawów do irygacji, systemów infuzyjnych, sprzętu jednorazowego do dializ, cewników dializacyjnych*** zgodnie z formularzem cenowym **(załącznik nr 2)** za:

**Pakiet 1**

wartość netto.........................zł (słownie:…………….……....……………………………złotych)

cena brutto…………………zł ( słownie:………………………………………….....……złotych)

**Pakiet 2**

wartość netto.........................zł (słownie:…………….……....……………………………złotych)

cena brutto…………………zł ( słownie:………………………………………….....……złotych)

**Pakiet 3**

wartość netto.........................zł (słownie:…………….……....……………………………złotych)

cena brutto…………………zł ( słownie:………………………………………….....……złotych)

**Pakiet 4**

wartość netto.........................zł (słownie:…………….……....……………………………złotych)

cena brutto…………………zł ( słownie:………………………………………….....……złotych)

**Pakiet 5**

wartość netto.........................zł (słownie:…………….……....……………………………złotych)

cena brutto…………………zł ( słownie:………………………………………….....……złotych)

1. ***Warunki płatności: płatność w terminie 60 dni***
2. ***Termin dostawy: ……… dni roboczych (należy podać jeden ze wskazanych terminów: min 2 dni robocze - max 5 dni roboczych****);*
3. ***Koszt dostawy po stronie Dostawcy****;*
4. **Ponadto oświadczamy, że :**
5. dostawę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami\* / z udziałem podwykonawców\* (\**właściwe podkreślić)*
6. powierzymy podwykonawcy wykonanie następujących części zamówienia …....... ….......................................................................... (\**wypełnić w przypadku udziału podwykonawców)*.
7. akceptujemy zawarty w zapytaniu ofertowym wzór umowy **(załącznik nr 3)** z uwzględnieniem modyfikacji jego treści (jeżeli wystąpiły),
8. zaoferowane w ofercie wyroby medyczne będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu na każdy oferowany produkt **(załącznik nr 4)** *,*
9. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego,
10. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
11. **Oświadczamy,** że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.

**Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 KK)**

 ………dnia…………… …………............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)