Załącznik nr 2 do SWZ

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

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

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

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

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

Adres email…………………………………

Adres strony internetowej (jeżeli dotyczy) …………………………

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy

(imię, nazwisko, funkcja):

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

Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź

 małym lub średnim przedsiębiorstwem ………. TAK/NIE\*

**OFERTA WYKONAWCY**

1. Oferujemy dostawę materiałów zużywalnych do Centralnej Sterylizatorni na warunkach i zasadach określonych w SWZ zgodnie z załączonym formularzem ofertowym (załącznik nr 1 do SWZ).

2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktury wynikający z warunków umowy, który nie może być krótszy niż 60 dni.

3. Dostawa na koszt dostawcy w ciągu ............... godzin od złożenia zamówienia (max. 72 godziny). Zamawiający dopuszcza dostawę za pomocą firmy kurierskiej.

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

6. Oświadczamy, że zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia zapisy projektu umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7. Wykonawca zapewnia gwarancję jakości na okres zgodny z gwarancjami producentów, nie krótszy niż 180 dni od dostawy danej partii towaru.

8. W przypadku braku towaru na rynku z przyczyn niezależnych od oferenta, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć materiały, o co najmniej równych parametrach technicznych w cenach określonych w umowie

9. Wykonawca oświadcza, że oferowane 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.

Zobowiązujemy się udostępnić powyższe dokumenty na każde wezwanie Zamawiającego.

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

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

12. Wykonawca oświadcza, że wybór jego oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*/ wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, poniżej wskazuje nazwę (rodzaj) towaru, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku ……….\*

13. nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom]\*

……………………………………

14. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Wypełnione i podpisane załączniki: 1 i 3 do niniejszej SWZ.

**„*Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym”***