**Załącznik nr 1a**

....................................................... ..........................,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 (art. 4 pkt. 8 PZP, poniżej 30000 EURO)** **dla:**

**„Dostawa Aparatów do wsparcia wentylacyjnego pacjentów z ograniczoną wydolnością układu oddechowego – 6 szt.  
wraz z dostawą materiałów jednorazowych w okresie 12 miesięcy od daty zawarcia umowy”**

niżej podpisani, reprezentujący:

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

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

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

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

Nr konta…………………………………………………………………………………………

składamy niniejszą ofertę**:**

1. Oświadczamy, że oferujemy **„Dostawę Aparatów do wsparcia wentylacyjnego pacjentów z ograniczoną wydolnością układu oddechowego – 6 szt., wraz z dostawą materiałów jednorazowych w okresie 12 miesięcy od daty zawarcia umowy”**
2. zgodnie z formularzem cenowym – **załącznik 1b**, za:

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

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

***- Termin gwarancji na aparaty: min. 24 miesiące…………………………….…… (należy podać****)*

***- Termin dostawy: dostawa aparatów w terminie do 14 dni od daty złożenia zamówienia, dostawa materiałów jednorazowych w terminie 3 dni roboczych od daty złożenia zamówienia, dostawy sukcesywne w okresie 12 miesięcy od daty zawarcia umowy***

**Ponadto oświadczamy, że :**

1. dostawę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami\* / z udziałem podwykonawców\* ( \**właściwe podkreślić)*,
2. powierzmy podwykonawcy wykonanie następujących części zamówienia …....... …...................................................................................... ♠ (♠*wypełnić w przypadku udziału podwykonawców)*.
3. akceptujemy zawarty w zapytaniu ofertowym wzór umowy ( **Załącznik Nr 3 )** z uwzględnieniem modyfikacji jego treści ( jeżeli wystąpiły ),
4. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego.
5. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
6. **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)

**Załącznik nr 1b**

*Cena brutto (zł), będąca podstawą do wyliczenia punktów za cenę – otrzymujemy ze wzoru: Wartość jednostkowa netto(zł) razy Ilość – daje Wartość netto (zł), z której to wartości liczymy podatek vat i po dodaniu podatku vat do wartości netto otrzymujemy Cenę brutto (zł).*

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa asortymentu | Ilość  [szt.] | cena netto /szt. | suma netto [zł] | VAT | suma brutto  [zł] |
| 1. | Aparat do wsparcia wentylacyjnego pacjentów z ograniczoną wydolnością układu oddechowego | 6 |  |  |  |  |
|  | **Akcesoria zużywalne do realizacji w okresie  12 miesięcy od daty zawarcia umowy:** |  |  |  |  |  |
| 2 | Układ oddechowy | 100 |  |  |  |  |
| 3 | Kaniula donosowa | 100 |  |  |  |  |
| 4 | Adapter do tracheostomii | 100 |  |  |  |  |
| 5 | Filtry | 40 |  |  |  |  |
| **RAZEM CAŁOŚĆ** | | | |  |  |  |

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

posiadających pełnomocnictwo)