**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 sprzętu medycznego wg 6 pakietów:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pakiet | Nazwa asortymentu | Ilość [szt./ kpl.] |
| 1 | Mata podgrzewająca pacjenta w czasie zabiegu operacyjnego | 1 |
| 2 | Fotel do dializ  | 4 |
| 3 | Aparat EKG | 1 |
| 4 | Wózek leżący transportowy | 1 |
| 5 | Defibrylator AED | 2 |
| 6 | Cieplarka do podgrzewania środków kontrastowych | 1 |

niżej podpisani, reprezentujący:

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

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

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

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

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

składamy niniejszą ofertę**:**

1. Oświadczamy, że oferujemy **„Dostawę sprzętu medycznego wg pakietów nr …………”**
2. zgodnie z formularzem cenowym – **załącznik 1b**, za:

**Pakiet 1. Mata podgrzewająca pacjenta w czasie zabiegu operacyjnego – 1 kpl.**

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

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

- Termin gwarancji: min. 24 miesiące…………………………….…… (należy podać jedną z wymienionych gwarancji: 24 miesiące / lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy/ lub 72 miesiące)

- Termin dostawy: dostawa w terminie ………………… tygodni od daty zawarcia umowy (należy podać jeden z wymienionych terminów: 3 tygodnie / lub 4 tygodnie / lub 5 tygodni / lub 6 tygodni)

**Pakiet 2. Fotel do dializ – 4 szt.**

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

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

- Termin gwarancji: min. 24 miesiące…………………………….…… (należy podać jedną z wymienionych gwarancji: 24 miesiące / lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy/ lub 72 miesiące)

- Termin dostawy: dostawa w terminie ………………… tygodni od daty zawarcia umowy (należy podać jeden z wymienionych terminów: 3 tygodnie / lub 4 tygodnie / lub 5 tygodni / lub 6 tygodni)

**Pakiet 3. Aparat EKG – 1 kpl.**

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

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

- Termin gwarancji: min. 24 miesiące…………………………….…… (należy podać jedną z wymienionych gwarancji: 24 miesiące / lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy/ lub 72 miesiące)

- Termin dostawy: dostawa w terminie ………………… tygodni od daty zawarcia umowy (należy podać jeden z wymienionych terminów: 3 tygodnie / lub 4 tygodnie / lub 5 tygodni / lub 6 tygodni)

**Pakiet 4. Wózek leżący transportowy – 1 szt.**

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

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

- Termin gwarancji: min. 24 miesiące…………………………….…… (należy podać jedną z wymienionych gwarancji: 24 miesiące / lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy/ lub 72 miesiące)

- Termin dostawy: dostawa w terminie ………………… tygodni od daty zawarcia umowy (należy podać jeden z wymienionych terminów: 3 tygodnie / lub 4 tygodnie / lub 5 tygodni / lub 6 tygodni)

**Pakiet 5. Defibrylator AED – 2 kpl.**

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

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

- Termin gwarancji: min. 24 miesiące…………………………….…… (należy podać jedną z wymienionych gwarancji: 24 miesiące / lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy/ lub 72 miesiące)

- Termin dostawy: dostawa w terminie ………………… tygodni od daty zawarcia umowy (należy podać jeden z wymienionych terminów: 3 tygodnie / lub 4 tygodnie / lub 5 tygodni / lub 6 tygodni)

**Pakiet 6. Cieplarka do podgrzewania środków kontrastowych – 1 szt.**

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

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

- Termin gwarancji: min. 24 miesiące…………………………….…… (należy podać jedną z wymienionych gwarancji: 24 miesiące / lub 36 miesięcy/ lub 48 miesięcy/ lub 60 miesięcy/ lub 72 miesiące)

- Termin dostawy: dostawa w terminie ………………… tygodni od daty zawarcia umowy (należy podać jeden z wymienionych terminów: 3 tygodnie / lub 4 tygodnie / lub 5 tygodni / lub 6 tygodni)

**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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pakiet | Nazwa asortymentu | Ilość [szt.] | cena netto /szt. | suma netto [zł] | VAT | suma brutto[zł] |
| 1 | Mata podgrzewająca pacjenta w czasie zabiegu operacyjnego | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Fotel do dializ  | 4 |  |  |  |  |
| 3 | Aparat EKG | 1 |  |  |  |  |
| 4 | Wózek leżący transportowy | 1 |  |  |  |  |
| 5 | Defiblyrator AED  | 2 |  |  |  |  |
| 6 | Cieplarka do podgrzewania środków kontrastowych | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM CAŁOŚĆ** |  |  |  |

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

 (podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

 uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

 posiadających pełnomocnictwo)