**ZAŁĄCZNIK nr 2 do zaproszenia**

**OFERENT ZAMAWIAJĄCY**

 **Wielospecjalistyczny Szpital**

**w Ostrowcu Świętokrzyski ul. Szymanowskiego 11**

**27 – 400 Ostrowiec Św.**

**Pieczęć Oferenta tel.041- 247-80-00**

**Regon: fax 041- 247-80-50**

**OFERTA do Sprawy ZO/15/2024**

Osoby upoważnione do występowania w imieniu firmy (***zgodnie z wpisem w rejestrze lub z załączonym na piśmie upoważnieniem )***

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

 *imię i nazwisko stanowisko*

osoba upoważniona do kontaktu .............................................................................................................

tel.................................. e- mail ............................

osoba odpowiedzialna w sprawach realizacji przedmiotu zamówienia………..............................………

tel………………...…….. e- mail ……………….……

W związku z zapytaniem cenowym na:

**wykonanie na wymiar wraz z montażem mebli medycznych na Oddziale Chirurgii WSZ w Ostrowcu Świętokrzyskim – wg opisów zawartych w załączniku nr 1 – opis przedmiotu zamówienia** o wartości szacunkowej nie przekraczającej 130.000,00 złdla Wielospecjalistycznego Szpitala w Ostrowcu Świętokrzyskim:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym zaproszeniem do złożenia oferty za cenę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Opis** | **Ilość** | **Wartość netto**  | **VAT****%** | **Wartość brutto** |
| 1. | **Zestaw nr 1 – Pomieszczenie Pielęgniarki Oddziałowej** | 1 |  |  |  |
| 2.  | **Zestaw nr 2 – Pokój socjalny pielęgniarek** | 1 |  |  |  |
| 3. | **Zestaw nr 3 – Gabinet lekarski - sekretariat** | 1 |  |  |  |
| 4. | **Zestaw nr 4 – Gabinet lekarski - 2** | 1 |  |  |  |
| 5. | **Zestaw nr 5 – Punkt pielęgniarski - konsola** | 1 |  |  |  |
| 6. | **Zestaw nr 6 – POP** | 1 |  |  |  |
| 7. | **Zestaw nr 7 – Sala zabiegowa 1** | 1 |  |  |  |
| 8.  | **Zestaw nr 8 – Sala zabiegowa 2** | 1 |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |

*(parametry techniczne zgodnie z opisem zawartym w załączniku nr 1)*

**Oświadczamy, że:**

* 1. 1. Szczegółowe wytyczne dotyczące warunków gwarancji:
* okres gwarancji: .............(minimum 24 miesiące)
* ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany elementu zestawu na nowy ....... (max. 3 naprawy)

2. Nie zalegamy z opłatami podatku w Urzędzie Skarbowym.

3. Nie zalegamy z odprowadzaniem składek na Ubezpieczenie Społeczne.

4. Termin płatności - przelew do 60 dni po otrzymania faktury.

5. Całość zamówienia zrealizujemy w terminie – do 24 maja.

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją zaproszenia do złożenia oferty oraz Załącznikiem nr 1 i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.

7. Oświadczamy, że projekt umowy, stanowiący załącznik do zaproszenia do złożenia oferty został

przez nas zaakceptowany. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w nich warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

8. Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w zaproszeniu do złożenia oferty, tj. przez okres 30 dni.

………………………………………………………..

*podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

 ......................... dnia ................ 2024 r.