**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 o udzielenie zamówienia publicznego poniżej progu określonego w art. 2 ust. 1 pkt 1 Ustawy PZP (poniżej 130 000 PLN)** **dla:**

**Dostawa sprzętu medycznego na potrzeby**

**Centrum Wsparcia Badań Klinicznych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pakiet | Nazwa asortymentu | Ilość |
| I | Aparat EKG | 1 kpl. |
| II | Defibrylator | 1 kpl. |
| III | Holter EKG | 1 kpl. |
| IV | Wirówka laboratoryjna | 1 kpl. |
| V | Pojemniki do przechowywania próbek w ciekłym azocie | 1 kpl. |
| VI | Myjnia dezynfektor | 1 kpl. |
| VII | Drobny sprzęt medyczny i meble medyczne  -Waga lekarska z BMI i wzrostomierzem  -Ciśnieniomierz zegarowy i elektroniczny  -Leżanka medyczna na kółkach  -Parawan medyczny  -Zestaw do dezynfekcji  -Szafka na wyroby medyczne jednorazowego użytku  -Fotel do pobierania materiału biologicznego  -Stolik/wózek zabiegowy  -Taboret lekarski | 1 szt.  2 szt.  2 szt.  2 szt.  2 szt.  1 szt.  1 szt.  2 szt.  2 szt. |

niżej podpisani, reprezentujący:

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

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

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

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

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

składamy niniejszą ofertę**:**

1. Oświadczamy, że oferujemy **Dostawa sprzętu medycznego na potrzeby Centrum Wsparcia Badań Klinicznych** zgodnie z formularzem cenowym – **załącznik 1b**, za:

**Pakiet I 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: ………………(max 4 tygodni od daty zawarcia umowy)

**Pakiet II Defibrylator – 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: ………………(max 4 tygodni od daty zawarcia umowy)

**Pakiet III Holter 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: ………………(max 4 tygodni od daty zawarcia umowy)

**Pakiet IV Wirówka laboratoryjna– 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: ………………(max 4 tygodni od daty zawarcia umowy)

**Pakiet V Pojemniki do przechowywania próbek w ciekłym azocie– 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: ………………(max 4 tygodni od daty zawarcia umowy)

**Pakiet VI Myjnia dezynfektor – 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: ………………(max 4 tygodni od daty zawarcia umowy)

**Pakiet VII Drobny sprzęt medyczny i meble medyczne– 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: ………………(max 4 tygodni od daty zawarcia umowy)

1. **Ponadto oświadczamy, że :**
2. dostawę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami\* / z udziałem podwykonawców\* ( \**właściwe podkreślić)*,
3. powierzymy podwykonawcy wykonanie następujących części zamówienia …....... …...................................................................................... ♠ (♠*wypełnić w przypadku udziału podwykonawców)*.
4. akceptujemy zawarty w zapytaniu ofertowym wzór umowy ( **Załącznik Nr 3 )** z uwzględnieniem modyfikacji jego treści ( jeżeli wystąpiły ),
5. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego.
6. **Ofertę niniejszą składamy na ……… stronach.**
7. **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  [kpl] | cena netto /kpl. | suma netto [zł] | | VAT | | suma brutto  [zł] | |
| I | Aparat EKG | 1 kpl. |  |  | |  | |  | |
| II | Defibrylator | 1 kpl. |  |  | |  | |  | |
| III | Holter EKG | 1 kpl. |  |  | |  | |  | |
| IV | Wirówka laboratoryjna | 1 kpl. |  |  | |  | |  | |
| V | Pojemniki do przechowywania próbek w ciekłym azocie | 1 kpl. |  |  | |  | |  | |
| VI | Myjnia dezynfektor | 1 kpl. |  |  | |  | |  | |
| VII | Drobny sprzęt medyczny i meble medyczne  -Waga lekarska z BMI i wzrostomierzem  -Ciśnieniomierz zegarowy i elektroniczny  -Leżanka medyczna na kółkach  -Parawan medyczny  -Zestaw do dezynfekcji  -Szafka na wyroby medyczne jednorazowego użytku  -Fotel do pobierania materiału biologicznego  -Stolik/wózek zabiegowy  -Taboret lekarski | 1 szt.  2 szt.  2 szt.  2 szt.  2 szt.  1 szt.  1 szt.  2 szt.  2 szt. |  |  | |  | |  | |
| **RAZEM CAŁOŚĆ** | | | | |  | |  | |  | |

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

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

posiadających pełnomocnictwo)