**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zamawiający:** | **Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy, ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica** | | | | |
| **Nazwa Wykonawcy / Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie:** | | |  | | |
| **Adres Wykonawcy:** | **Ulica, nr domu / nr lokalu:** | |  | | |
| **Miejscowość i kod pocztowy:** | |  | | |
| **Województwo:** | |  | **Kraj:** |  |
|
| **NIP:** |  | | **REGON:** |  | |
|
| **Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorcą 1** | **□ TAK □ NIE** | | | | |
| *(zaznaczyć właściwe)* | | | | |
|  |  | | | | |
| *(jeżeli jest inny niż podany powyżej)* |
| **Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym:** |  | **Telefon:** | |  | |
| **e-mail:** | |  | |

*Definicja zgodnie z ustawą z dn. 02.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U.2016.1829 t.j.),*

1. W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego - Szpital im. św. Jadwigi Śląskiej, Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica - przetargu nieograniczonego **na Zakup i dostawa sprzętu medycznego wraz z jego montażem i przeszkoleniem personelu w ramach projektu pn. „*Doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy w specjalistyczny sprzęt medyczny*”** składam ofertę zgodnie z wymogami zawartymi w SIWZ oraz zestawieniem parametrów na następujące zadania:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zadania** | **Rodzaj sprzętu** | **Ilość (szt.)** | **Cena jednostkowa netto PLN** | **Wartość netto PLN** | **VAT %** | **Wartość brutto PLN** | **Okres gwarancji** *(min. 24 m-ce, max. 60 m-cy)* | **Termin dostawy** *(min. 3 dni, max. 42 dni)* |
| 1 | Monitor Funkcji Życiowych | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Pas do stabilizacji miednicy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Poduszka bakteriostatyczna | 10 |  |  |  |  |  |  |
| Koc bakteriostatyczny | 10 |  |  |  |  |
| x | Razem zadanie nr 3: | |  | x |  |
| 4 | Zestaw do videoendoskopii przewodu pokarmowego z osprzętem i diatermią | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Ogrzewacz pacjenta | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Myjnia dezynfekator do naczyń sanitarnych | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Wózek anestezjologiczny | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Myjnia endoskopowa | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Aparat USG | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Wózek do przewożenia pacjentów leżących | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Urządzenie do kompresji klatki piersiowej | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Aparat do znieczulania | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Respirator stacjonarny | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Respirator stacjonarno-transportowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Łóżko do intensywnej terapii | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Materac przeciwodleżynowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | System centralnego monitorowania na 8 stanowisk | 1 |  |  |  |  |  |  |

1. **HASŁO DOSTĘPU DO PLIKU JEDZ/ Pełnomocnictwa:** …………………………………………

Inne informacje niezbędne dla prawidłowego dostępu do dokumentu JEDZ/ Pełnomocnictwa wysłanego pocztą elektroniczną na adres [przetargi@szpital-trzebnica.pl](mailto:przetargi@szpital-trzebnica.pl) (np. informacje o wykorzystanym programie szyfrującym lub procedurze odszyfrowania danych zawartych w JEDZ): ……………………………………………………………………………………….…………………………..

1. Oświadczam, że dostawy lub usługi dotyczące przedmiotu zamówienia **będą prowadzić/ nie będą prowadzić** ***(niepotrzebne skreślić)*** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług:
2. Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego: ……………………..………………………………
3. Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku VAT: ……..………………………………
4. Zamierzam powierzyć wykonanie niżej wymienionych części zamówienia następującym podwykonawcom *(wypełnić jeżeli dotyczy)*:

|  |  |
| --- | --- |
| Część zamówienia, która ma być powierzona podwykonawcy | Podwykonawca (nazwa/firma) |
|  |  |
|  |  |

1. Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami przetargu zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Uzyskałem wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania umowy.
3. Uważam się za związanego ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
4. Akceptuję wzór umowy i w razie wybrania oferty zobowiązuję się do podpisania umowy.
5. Nr konta bankowego, na które należy zwrócić wadium *(jeśli dotyczy)*: …………………………………………………………………………..