



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

Załącznik nr 3

.....
(pieczęć Dostawcy)

Formularz Ofertowy (wzór)

Nazwa oraz siedziba Dostawcy:

.....
TELEFON:; FAX:

REGON:, NIP:

INTERNET: http:; e-mail:

Nazwa banku

Nr konta bankowego

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy

(Imię, Nazwisko, Nr. telefonu)

Osoba upoważniona do podpisania umowy:

(Imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)

Oferta cenowa (w PLN), znak: 48/RC/ZP/ZZOZ/2019

1. Wartość oferty netto: zł, brutto zł (słownie brutto: /100),
w tym:

1.1 Cena dostawy asortymentu: netto: zł, brutto zł

1.2 Cena 1 miesiąca najmu analizatora netto: zł, brutto zł

2. Termin dostawy asortymentu(max 4) dni robocze, od dnia złożenia zamówienia w godzinach od 7:00 do 20:00.

3. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.

4. Termin dostawy analizatora (max 5) dni roboczych od dnia zawarcia umowy.

5. Oświadczam, że oferowany analizator spełnia n/w warunki graniczne:

Nazwa analizatora

Producent

Model/ Typ

Rok produkcji

Lp	Parametry graniczne	Potwierdzenie czy oferowany system spełnia wymagany warunek TAK/NIE (opis)

Uwaga: W przypadku braku uzupełnienia w/w tabeli potwierdzającej oferowane parametry analizatora, oferta Dostawcy zostanie odrzucona.

6. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia n/w parametry dodatkowe:



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

I.p.	Rodzaj kryterium	Waga
1.	Zużycie wody przez analizator przy pełnym obciążeniu pracą nie przekraczające 1l/godzinę	Tak - 20 pkt. Nie - 0 pkt
2.	Odczyt reakcji dla testów immunochemicznych w jednorazowych kuwetach	Tak - 20 pkt. Nie - 0 pkt

UWAGA! Brak ocenianego parametru nie dyskwalifikuje oferty –powoduje jedynie brak dodatkowych punktów.

7. Oświadczam/y, że wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszystkich czynników określonych w załączniku nr 1 Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz w projekcie umowy – załącznik nr 4.

8. Oświadczam/ y, że materiały eksploatacyjne, odczynniki, kalibratory i materiały niezbędne do wykonania badań, a nie wskazane przeze mnie/ nas w ofercie, w przypadku konieczności ich zastosowania do w/w badań, będą dostarczone przeze mnie / nas na mój / nasz koszt i ryzyko.

9. Oświadczam/y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia i przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.

10. Oświadczam/y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/ emy się do wykonania przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wraz z załączonym do niej wzorem umowy.

11. Oświadczam/y, że oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania określone w „Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia”.

12. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:

12.1

12.2

13 Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie podwykonawcom (podać nazwę firmy podwykonawcy)

14 Części realizacji zamówienia, jakie powierzam/y podwykonawcy:

14.1.....

14.2.....

15. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia*.



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

Lp.	Asortyment	Ilość	j.m.	Ilość opakowań	Liczba w op.	Cena op. netto	Cena op. brutto	Wartość netto	% VAT	Wartość VAT	Wartość brutto	Producent	Nr katalogowy
1													
2													
itp.													
RAZEM		X							X				

16. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym zapytaniu. *(W przypadku, gdy dostawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia dostawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego przekreślenie/wykreślenie)."*

**niepotrzebne skreślić*

..... ,
(miejsowość, data)

..... ,
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Dostawcy)



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466