

Zamawiający:

SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY

IM.DR. LUDWIKA BŁAŻKA W INOWROCŁAWIU

UL. POZNAŃSKA 97, 88-100 INOWROCŁAW

(pełna nazwa/firma, adres)

FORMULARZ OFERTY

Ja/my* niżej podpisani:

Elżbieta Wielgo – Członek Zarządu

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Działając w imieniu i na rzecz:

Rinores Sp. z o.o.

(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

Adres: 35-213 Rzeszów, ul. Dębicka 644

Kraj: Polska

Województwo: Podkarpackie

REGON: 389665459

NIP: 8133864991

TEL: 723-010-888

Adres e-mail: przetargi@rinores.com

(na które Zamawiający ma przysłać korespondencję)

Osoba wskazana do porozumiewania się z Zamawiającym:

Elżbieta Wielgo tel. 723-010-888 e-mail: przetargi@rinores.com

Wykonawca jest mikro przedsiębiorcą, -**TAK/NIE***, małym przedsiębiorcą, -**TAK/NIE**, średnim przedsiębiorcą -**TAK/NIE**

Ubiegając się o udzielenie zamówienia na sprzętu jednorazowego użytku do kardiologii inwazyjnej

Nr postępowania D-28/2024

I. SKŁADAMY OFERTĘ na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

Pakiet 3

2 200,00 zł netto + 8 % VAT = 2 376,00 zł brutto

.....

Pakiet 5

28 080,00 zł netto + 8% VAT = 30 326,40 zł brutto

.....

Cena za realizację całego zamówienia wynosi:

30 280,00 zł netto + 8% VAT = 32 702,40 zł brutto

- 1) Termin realizacji bieżącego zamówienia wynosi max. do 2 dni
- 2) Termin ważności przedmiotu zamówienia wynosi 12 miesięcy
- 3) Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie na zasadach opisanych we wzorze umowy w terminie 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej realizację dostawy towaru
- 4) Wadium w wysokości **1 550,00 PLN** (słownie: Tysiąc pięćset pięćdziesiąt złotych), zostało wniesione w dniu **19.06.2024**, w formie : pieniądzu
- 5) Prosimy w zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art.98 ustawy PZP, na następujący rachunek: **06 1050 1562 1000 0090 8204 6617**
- 6) **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
- 7) **OŚWIADCZAMY**, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
- 8) **OŚWIADCZAMY**, że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia 19.09.2024
- 9) **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy tj. z wzorem umowy stanowiącym Załącznik Nr 5 do SWZ oraz **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia w. wym. umów, zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
- 10) **SKŁADAMY** ofertę na _____stronach.

Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:

1. Pełnomocnictwo
2. Zał. 2- opis przedmiotu zamówienia
3. Oświadczenie o wyrobach medycznych
4. Oświadczenie o terminie ważności przedmiotu zamówienia
5. Zał. 3- JEDZ
6. Zał. 4- Informacje dot. Wykonawcy
7. Zał. 6 – Oświadczenie ot. Przesłanek wykluczenia
8. Dowód wniesienia wadium

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem(-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

**niepotrzebne skreślić*