

## FORMULARZ OFERTOWY

**Uwaga:** Wypełnia w całości i podpisuje Wykonawca

**Dane Wykonawcy**

.....

**Adres / siedziba/ Wykonawca** .....

.....

**tel. /** .....

**fax./**.....

**adres e-mail osoby upoważnionej do korespondencji z**

**Zamawiającym:**.....

Oferta dotyczy przetargu nieograniczonego ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie ul. Młyńska 2, Nr **RZP-V/1/15/10**

na:

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku: środki pomocnicze do obsługi chorego, dezynfekcja i sterylizacja - dla SPZOZ Krotoszyn**

w okresie 12 miesięcy od daty podpisania umowy.

I. 1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami SIWZ za cenę:

**Pakiet nr 1**

wartość netto ..... zł

+ ..... % podatek VAT ..... zł

wartość brutto ..... zł

wartość brutto słownie zł

.....

**Pakiet nr 2**

wartość netto ..... zł

+ ..... % podatek VAT ..... zł

wartość brutto ..... zł

wartość brutto słownie zł

.....

### **Pakiet nr 3**

wartość netto ..... zł

+ ..... % podatek VAT ..... zł

wartość brutto ..... zł

wartość brutto słownie zł

.....

#### II. Oświadczamy , że:

1. W cenie niniejszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
2. Zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
4. Zawarte w SWIZ warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Wszelkie załączone do oferty dokumenty potwierdzające Nasz obecny stan prawny są aktualne w świetle postanowień ustawy z dnia 20 sierpnia 1997r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. Nr 121, poz. 769 z dnia 7 października 1997r.) oraz ustawy z dnia 20 sierpnia 1997r. Przepisy wprowadzające ustawę o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. Nr 121, poz. 770 z dnia 7 października 1997r.).
6. W przypadku otrzymania zamówienia, koordynatorem nadzorującym realizację postanowień umownych zostanie Pan(i):

.....  
telefon kontaktowy.....

7. Wszelkie płatności związane z realizacją umowy, w przypadku wyboru Naszej oferty, Zamawiający przekazywał będzie na konto nr:  
.....
8. **Wszystkie oferowane przez nas produkty (wszystkie pozycje w pakietach) posiadają dokumenty wymagane zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 04.93.896), i zobowiązujemy się do przedstawienia ich na każde żądanie Zamawiającego.**
9. **Wyroby medyczne sterylne posiadają znak CE z numerem jednostki notyfikowanej.**
10. **Akceptujemy termin płatności : 30 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego.**
11. **Zamierzamy powierzyć podwykonawcy następującą część zamówienia:.....**  
**\*/nie zamierzamy powierzyć podwykonawcy żadnej części zamówienia.\***

\* niepotrzebne skreślić

12. Oferta została złożona na .....stronach, kolejno ponumerowanych od nr **01** do nr....

13. Oświadczamy, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji /

Oświadczamy, że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji./\*

\* *niepotrzebne skreślić*

III. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

### **UWAGA !**

*Wykonawca, który przedstawi nieprawdziwe dane mające wpływ na wynik prowadzonego postępowania zostanie wykluczony na podstawie art. 24 ust. 2 pkt 2 ustawy-Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 29 stycznia 2004 r. Nr 19, poz. 177).*

*Ponadto na mocy przepisu art. 297 § 1 Kodeksu karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. ( Dz. U. Nr 88, poz. 553 z 1997r. z późn. zm.), kto w celu uzyskania dla siebie lub innej osoby zamówienia publicznego przedkłada fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty albo nierzetelne, pisemne oświadczenia dotyczące okoliczności mających istotne znaczenie dla uzyskania takiego zamówienia publicznego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

.....  
(miejscowość i data )

.....  
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)