DZP/381/87A/2017

 Załącznik nr 1

…………………………….

Pieczęć firmowa Wykonawcy

 FORMULARZ OFERTOWY

DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO IM.PROF.K.GIBIŃSKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH

Nazwa Wykonawcy .............................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

Adres zamieszkania\*………………………………………………………………………

REGON .................................................. NIP .....................................................................

Tel. ......................................................... fax .......................................................................

Internet ................................................... e-mail .................................................................

Ubiegając się o zamówienie publiczne na dostawę viscoelastyków oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia :

Pakiet nr 1 – Viscoelastyki I – według Załącznika Nr 4.1

za cenę netto ........................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena ofertowa (wartość) brutto ........................... zł

(słownie:.......................................................................................................................)

Pakiet nr 2 – Viscoelastyki II – według Załącznika Nr 4.2

za cenę netto ........................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena ofertowa (wartość) brutto ........................... zł

(słownie:.......................................................................................................................)

**Termin dostawy:**  dostawy odbywać się będą częściowo w okresie do 24 miesięcy od dnia zawarcia umowy w ilościach i asortymencie wskazanych każdorazowo w zamówieniu częściowym w terminie do ……………… dni roboczych (*wpisać oferowany termin* ) od dnia złożenia zamówienia.

**Termin płatności**: – w ciągu ………. ( *wpisać oferowany termin 30 lub 60 dni*) od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT

**Termin przydatności do użycia liczony od dnia dostawy :** …………miesięcy (*należy wpisać oferowaną ilość miesięcyy )*

- Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się spełnić wszystkie wymienione w Specyfikacji wymagania Zamawiającego

- Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia tj. 60 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

- Zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego

- Oświadczamy, że przedmiot i warunki realizacji zamówienia są zgodne z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876 z późn. zm.) oraz z innymi obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie.

-Znając treść art. 297 §1 Kodeksu Karnegooświadczamy, że dane zawartew ofercie, dokumentach i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym.

*...........................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania wykonawcy*

*\*) dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarcza oraz wspólników w spółce cywilnej*