ZAŁĄCZNIK NR 1 …………………………….dnia………………….

**FORMULARZ OFERTOWY**

WYKONAWCA: Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

pełna nazwa wykonawcy

 .................................................................................................. .....................................

 adres siedziby wykonawcy .........................................................................................................................................

Nr NIP .................................................. Regon ..............................................................

Nr konta bankowego ........................................................................................ ………..

nr telefonu ........................................... nr faxu .......................................... ……………

adres e-mail……………………………………..

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminny Ośrodek Zdrowia w Konopiskach ul.Lipowa 3

**OFERTA**

Nawiązując do zapytania ofertowego, którego przedmiotem jest: „Zakup sprzętu medycznego” w ramach projektu pn. Podniesienie jakości usług medycznych poprzez zapewnienie opieki koordynowanej nad matką i dzieckiem w SP ZOZ GOZ w Konopiskach w wyniku przeprowadzenia prac remontowo-budowlanych i zakupu sprzętu medycznego nr UDA-RPLS.10.01.00-24-0592-/17-00 w ramach RPO woj śląskiego na lata 2014-2012 ,oś priorytetowa X” Rewitalizacja oraz infrastruktura społeczna i zdrowotna” Działanie 10.1”Infrastruktura ochrony zdrowia”

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w zapytaniu ofertowym oraz wzorze umowy za wynagrodzeniem ryczałtowym w kwocie:

Brutto: ……………………………… zł Słownie: ……………………………………………………………………………….…

(w tym …… % podatku VAT).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

Na kwotę o której mowa powyżej składają się następujące ceny cząstkowe:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie | szt | cena netto | stawka VAT | kwota VAT | cena brutto |
| nr.proj. | kpl | w zł | w % | w zł | w zł |
| 1.09 | Kolposkop optyczny z torem wizyjnym | 1 |   |   |   |   |
| 2.010 | Aparat do krioterapii | 1 |   |   |   |   |
| 3.011 | Aparat elektrochirurgiczny | 1 |   |   |   |   |
| 4.013 | Zasilanie awaryjne | 1 |   |   |   |   |
| 5.014 | Fotel ginekologiczny | 1 |   |   |   |   |
| 6.015 | Lampa operacyjno-zabiegowa | 1 |   |   |   |   |
| 7.016 | Stolik zabiegowy | 2 |   |   |   |   |
| 8.017 | Leżanka-kozetka lekarska  | 2 |   |   |   |   |
| 9.018 | Szafa zamykana lekarska | 1 |   |   |   |   |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

2. Deklaruję następujący czas reakcji serwisowej (zaznaczyć właściwe)\*

1. □ 24 godziny od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego usterki

2. ……… godzin od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego usterki .

\*W przypadku niezaznaczenia przyjmuje się maksymalny czas reakcji serwisowej 24 godziny

3. Oświadczam, iż udzielam na dostarczony przedmiot zamówienia gwarancji na okres min. 24 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru końcowego.

4. Warunki płatności: zgodnie z wzorem umowy.

5. Oferujemy realizację umowy: od dnia podpisania umowy do…………. r.

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim wymaganiami i zasadami.

7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie 14 dni od upływu terminu na składanie ofert określonego w zaproszeniu do złożenia oferty.

8. Oświadczamy, że zawarty w zapytaniu 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.

9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO2 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ imię i nazwisko

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej