**Załącznik nr 1 do specyfikacji**

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

*(Pieczęć firmowa)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane oferenta:**

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

adres: ul. …………...………………………..,miejscowość………………….………..,

kod pocztowy………………..……….,województwo ………………………..………..,

tel ……………………………………..fax…………………………………….……….

email-to: ………………………………….

NIP ......................................................REGON ...............................................,

imię i nazwisko osoby uprawnionej do kontaktów w sprawie prowadzonego postępowania : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emailto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Przedmiot oferty: Zakup i dostawa wykrojów z mikroperforacją do unieruchamiania głowy, szyi i ramion pacjenta.**

* 1. Szczegółowy wykaz cen i sposób wyliczenia łącznej ceny ofertowej stanowi załącznik do oferty.
  2. Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wypełnionym formularzem cenowym – (zał. nr 2) za kwotę:

............................... netto PLN (słownie: ……................................................................/100)

............................... brutto PLN (słownie: ……......................................................................../100.)

powyższa kwota brutto zawiera podatek VAT w wysokości...................%.

**Wymagane oświadczenia i dokumenty wymienione w SIWZ.**

Dla wykazania wiarygodności ekonomicznej i technicznej naszej firmy oraz doświadczenia i praktyki w zakresie stanowiącym przedmiot niniejszego przetargu, przedkładamy oświadczenia i dokumenty wymagane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

**Potwierdzenie spełnienia wymogów dotyczących przedmiotu zamówienia.**

Zapewniamy, że oferowany przez nas asortyment, stanowiący przedmiot zamówienia posiada odpowiednia jakość i właściwości użytkowe dopuszczające do stosowania w placówkach ochrony zdrowia.

* 1. **Termin dostaw sukcesywnych ........................ dni robocze od złożenia zamówienia (nie dłużej niż 7 dni robocze); okres obowiązywania umowy - 36 miesięcy**.
  2. **Termin gwarancji/ważności oferowanych wyrobów medycznych, objętych niniejszym postępowaniem wynosi ............................m-cy ( nie mniej niż 12 miesięcy od daty dostawy)**
  3. Warunki płatności. Termin zapłaty w ciągu 30 dni licząc od dnia otrzymania faktury przez zamawiającego.

# Utrzymanie stałości cen.Zobowiązujemy się utrzymać stałość cen przez okres 36 miesięcy.

# Jednocześnie oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych uwag.

# W przypadku przyznania nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia pisemnej umowy, której treść zawiera SIWZ, w terminie i miejscu wyznaczonym przez zamawiającego.

Na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz innych wymagań określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia do oferty załączamy:

1. ………………………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………………………………………

itd.

Wszystkie strony naszej oferty wraz z załącznikami są ponumerowane i cała oferta składa się z ....................... stron.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpisy osób upoważnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy.