**Załącznik Nr 2**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Dzierżawa 80 szt. koncentratorów tlenu do domowego leczenia tlenem na potrzeby Poradni Leczenia Tlenem, Hospicjum Domowego (Placówka zamiejscowa „Wysoka Łąka w Kowarach), ZOL Bolków, Oddziału Medycyny Paliatywnej oraz pacjentów w miejscu zamieszkania**  **Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej** |
| **WYKONAWCA**  **adres, telefon**  **NIP, REGON**  **e-mail** |  |
| **Oferowana wartość**  **za wykonanie zadania**  **zgodnie z formularzem asortymentowo-cenowym**  (podlega ocenie) | **Łączna wartość netto:**  VAT %:  **Łączna wartość brutto:** |
| **Termin płatności** | **60** **dni** |
| **Oferowany czas wymiany urządzenia**  **maksymalnie do**  **24 godz.**  **(zaznaczyć oferowany czas)** | czas wymiany do 12 godzin    czas wymiany powyżej 12 godz. do 18 godz.  czas wymiany powyżej 18 godz. do 24 godz.  (maksymalnie 24 godziny) |
| **Oświadczamy, że:** | |
| * zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego żadnych uwag oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty. * w przypadku wybrania naszej oferty, jako najkorzystniejszej, zobowiązujemy się do zawarcia pisemnego zamówienia * czujemy się związani ofertą przez okres 30 dni, licząc od upływu składania ofert * cena brutto podana w niniejszym formularzu zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty | |

**ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**

1. osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia jest:

|  |
| --- |
|  |

Telefon, e-mail:

|  |
| --- |
|  |

Data, miejscowość oraz podpis(-y): ……………………………………………………………………………..

***Dokument należy podpisać podpisem elektronicznym: kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym bądź wydrukowany dokument podpisać własnoręcznie, zeskanować - załączyć do oferty poprzez platformę zakupową***