

Formularz ofertowy do zapytania ofertowego nr ZO/03/AP.MED/2024

ZAMAWIAJĄCY:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego

ul. Koszarowej 5,

Wrocław 51-149

NIP: 895-16-31-106

OFERENT:

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Nazwa firmy:	
Adres siedziby:	
NIP:	
REGON:	
KRS /CEIDG:	
Tel./faks:	
Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu:	
e-mail:	
Numer konta bankowego na, które należy dokonać zapłaty :	

Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:

- c. zapoznałem się z treścią zapytania dla niniejszego zamówienia,
- d. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią zapytania;

Oferta cenowa na :

Przeгляdy i naprawy aparatury i sprzętów medycznych (umowa serwisowa na 18 miesięcy).

<i>Nr zadania</i>	<i>Nazwa sprzętu/ aparatury medycznej</i>	<i>Ilość</i>	<i>Wartość netto W PLN</i>	<i>Wartość brutto W PLN</i>	<i>Wartość VAT</i>
1.	Urządzenia z załącznika „Główna lista urządzeń” Załącznik nr 1 a	1006 szt.			

Oświadczenia:

- 1) Zaproponowana cena uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
- 2) Do cen zostanie doliczony podatek VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

- 3) Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie i załącznikach do niej są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.
- 4) Termin ważności oferty wynosi 30 dni kalendarzowych licząc od dnia upływu terminu na złożenie ofert.
- 5) Załącznikiem do niniejszego formularza jest: pełnomocnictwo w oryginale bądź poświadczony notarialnie w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika

6)WARUNKI GWARANCJI – DOTYCZY WSZYSTKICH ZADAŃ:

Oferujemy minimum (minimum 12 miesięczny) miesięczny termin ważności wyrobów od momentu dostawy do siedziby Zamawiającego.

7)WARUNKI PŁATNOŚCI – DOTYCZY WSZYSTKICH ZADAŃ:

Należność za dostarczone usługi Zamawiającego zostanie opłacona na podstawie oryginału faktury z raportem serwisowym/ kartą pracy, przelewem na konto Wykonawcy wskazane na fakturze w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury.

Koszty obsługi bankowej powstałe w banku Zamawiającego pokrywa Zamawiający, koszty obsługi bankowej powstałe poza bankiem Zamawiającego pokrywa Wykonawca

- 8) Termin realizacji przedmiotowego zamówienia – 18 miesięcy od daty zawarcia umowy.

Data.....

.....
(podpis osoby upoważnionej do składania oferty)