…………………………, dnia ………………………..

**OFERTA**

**dla Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie**

**I. Dane Wykonawcy**

1. Pełna nazwa
2. Adres
3. Województwo
4. Telefon: ………………………………………….…… mail:
5. Regon ……………………………………..………….. NIP
6. Osoba reprezentująca Wykonawcę

**II. Przedmiot oferty**

**Zakup i dostawa Kapturków ClearScan dla 50MH dla sondy liniowej UBM średnica 25 mm**

**ZO/4/2023/DZ**

do magazynu mieszczącego się w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym w Warszawie, ul. Marszałkowska 24/26.

Szczegółową specyfikację zawiera formularz asortymentowo-cenowy stanowiący *Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego*.

**III. Cena oferty w PLN**

**Cena oferty zgodnie z załączonym (załącznik 1) formularzem asortymentowo-cenowym wynosi:**

Wartość netto ................................ PLN + ............ % VAT = wartość brutto ...................................... PLN

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

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

Powyższa kwota zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem niniejszego zamówienia, w tym koszty:

1) oferowanych produktów,

2) transportu do miejsca przeznaczenia tj. magazynu mieszczącego się w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym w Warszawie, ul. Marszałkowskiej 24/26

3) podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami

**IV.** **Oświadczenie:**

1. Wykonawca oświadcza, iż posiada odpowiednią wiedzę, kwalifikacje, potencjał i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia,   
   o którym mowa w niniejszym zapytaniu ofertowym i zobowiązuje się zrealizować zamówienie z należytą starannością oraz zgodnie   
   z obowiązującymi przepisami prawa.
2. **Oświadczamy,** że zaoferowane przez nas wyroby zostały dopuszczone do obrotu i używania na podstawie n/wymienionych dokumentów (karta charakterystyki):



Powyższe dokumenty stanowią załącznik nr ................................... do niniejszej oferty.

**V.** **Termin i warunki realizacji przedmiotu zamówienia:**

Dostawy towarów będą realizowane sukcesywnie w ciągu **18 miesięcy** od daty zawarcia umowy zgodnie z potrzebami Szpitala. Dostawy towaru następować będą w ciągu ….. dni roboczych od dnia zamówienia towaru a w przypadkach nagłych (szczególnych), w dniu następnym od dnia zamówienia po uprzednim uzgodnieniu takiej dostawy.

**VI.** **Gwarancja jakości**

Gwarancja jakościowa na poszczególne pozycje przedmiotu zamówienia zostanie udzielona na okres ……….. miesięcy od daty dostawy.

**VII**. **Termin płatności**

Termin płatności liczony od daty dostawy i wpływu prawidłowo wystawionej faktury do Zamawiającego określa się na **30** dni na warunkach określonych we wzorze umowy.

**VIII**. **Ważność oferty**

30 dni licząc od daty złożenia oferty.

**IX. Załączniki:**

1. Załącznik nr 1 „Formularz asortymentowo-cenowy”
2. Załącznik nr 2 „Wykaz próbek”
3. Załącznik nr 3 „Oświadczenie Wykonawcy dotyczące przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego”
4. ………………………………………

**X .** Poniższe dokumenty są integralną częścią niniejszej oferty:

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

Pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy