…………………………, 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**

**Dostawa materiałów do sterylizacji**

 **ZO/8/2024/DZ**

do magazynu mieszczącego się w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym w Warszawie, ul. Sierakowskiego 13.

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

**III. Cena oferty w PLN**

**Pakiet 1**

**Rękaw papierowo-foliowy**

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

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

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

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

**Pakiet 2**

**Rękaw Tyvek-folia ze wskaźnikiem procesu VH2O2**

**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. Sierakowskiego 13

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 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 (szczegółowy zapis w par. 3 Umowy). Dostawy towaru następować będą w ciągu **3 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 24 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. ………………………………………

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*lub podpis zaufany lub podpis osobisty*