Z***ałącznik nr 1 do SIWZ***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na dostawę mebli medycznych (19 szt. kozetek lekarskich i 15 szt. parawanów) wraz z zapewnieniem serwisu posprzedażnego w okresie gwarancji**

**Nr postępowania: ZER-ZP-19/2016**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** | ……………………………………………………………………………………. |
| **Siedziba Wykonawcy:** | …………………………………………………………………………………….. |
| **NIP:** …………………………… | **REGON:**………………… | **Nr tel.:** ……………….. | **Nr fax.:**……………… | **E-mail** (*jeśli występuje):*………………………. |
| **Nazwa**  | **Producent/model** | **Ilość w szt./ okres gwarancji w latach** | **Koszt jednostkowy\*** | **Koszt całkowity** **/kolumna 3\*4/** |
|  |  |  |  | ***5.*** |
| **1.** | **Koszt nabycia kozetek lekarskich** | …………………/producent/…………………/typ/ model/ | **19** | …………….…… | …………………………. |
| **2.** | **Koszt nabycia parawanów medycznych, zmywalnych, jednoczęściowych** | …………………/producent/…………………/typ/ model/ | **14** | ………………..… | ………………………… |
| **3.** | **Koszt nabycia parawanów medycznych, przyściennych, teleskopowych** | …………………/producent/…………………/typ/ model/ | **1** | ………………..… | ………………………. |
| **4.** | **Koszt serwisu posprzedażnego dla mebli medycznych\*\*** | **…………….****/proszę wskazać okres gwarancji w latach/** | ………………………**/proszę wskazać koszt jednostkowy za 1 rok serwisu posprzedażnego/** | ……………...……... |
| **KOSZT CAŁKOWITY OFERTY\*:** | …………..\* |
| ***KOSZT CAŁKOWITY OFERTY – SŁOWNIE***\* ………………………………………………………..…………..………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ***Okres gwarancji dla zaoferowanych mebli medycznych:*** | ***…………….…….…………miesiące/miesięcy******/proszę wskazać jeden z wymienionych okresów gwarancji: 24 miesiące, 36 miesięcy/*** |
| ***Nazwy (firmy) podmiotów, które będą świadczyły serwis gwarancyjny w okresie gwarancji:*** | **………………………………………………….*****/proszę wskazać nazwy (firmy) podmiotów/*** |

**UWAGA!**

**\* KOSZTY NALEŻY PODAĆ W JEDNOSTKACH PIENIĘŻNYCH (W ZŁOTÓWKACH), Z DOKŁADNOŚCIĄ DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU.**

**\*\*KOSZTY SERWISU POSPRZEDAŻNEGO NIE MOGĄ PRZEKRACZAĆ 1,5% WARTOŚCI KOSZTÓW NABYCIA MEBLI MEDYCZNYCH.**

|  |
| --- |
| 1. Oferuję(emy) wykonanie niniejszego zamówienia z zachowaniem terminów realizacji wskazanych w Rozdziale VI Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz z terminem świadczenia serwisu posprzedażnego, zgodnym z okresem gwarancji wskazanym w niniejszym Formularzu ofertowym.
2. Oświadczam(y), że wskazany w niniejszym Formularzu ofertowym koszt całkowity oferty zawiera wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym koszty nabycia mebli medycznych, koszty gwarancji, koszty serwisu posprzedażnego, koszty opakowania, koszty dostarczenia do lokalizacji wskazanych w ***załączniku nr 5*** do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, koszty rozładunku, montażu i wniesienia mebli medycznych w miejsca wskazane przez Zamawiającego, koszty ubezpieczenia na czas transportu oraz wszelkie należne cła i podatki.
3. Oświadczam(y), że akceptuję(emy) warunki płatności określone w Rozdziale XIV Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
4. Zamówienie wykonam(y) samodzielnie / zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom (*niepotrzebne skreślić*).
5. Część zamówienia (*określić zakres*)……………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………….zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom.1. Nazwy (firmy) podwykonawców, na których zasoby powołuję(emy) się na zasadach określonych w art. 22a Ustawy……………………………………………………………………………………………………………
2. Oświadczam(y), że zapoznałem(liśmy) się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnoszę(imy) do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję(emy) warunki w niej zawarte.
3. W przypadku udzielenia zamówienia zobowiązuję(emy) się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam(y), że jeżeli w okresie związania ofertą nastąpią jakiekolwiek znaczące zmiany sytuacji przedstawionej w naszych dokumentach załączonych do oferty, natychmiast poinformuję(emy) o nich Zamawiającego.
5. Oświadczam(y), że jestem(śmy) związany(i) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oferta wraz z załącznikami została złożona na …………….. stronach.
7. Do oferty załączam(y) następujące dokumenty:
	1. …………………………………………………………………………………………………
	2. ………………………………………………………………………………………………….
 |
| **Osobą(ami) upoważnioną(nymi) do kontaktów z Zamawiającym w czasie trwania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego jest (są): …………………………………………………………..****tel.: …………………………………………, e-mail: ……………………………………………………..** |

**PODPIS(Y):**

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

 **(miejscowość, data, podpis(y))\***

\*Podpis(y) i pieczątka(i) imienna(e) osoby(osób) umocowanej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z:

* + 1. zapisami w dokumencie stwierdzającym status prawny Wykonawcy (osoby wskazane we właściwym rejestrze lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP) lub
		2. pełnomocnictwem.