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.