**Numer sprawy: 8/PN/16 Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa....................................................................................................................

Siedziba.................................................................................................................

Nr telefonu/faks......................................................................................................

nr NIP......................................................................................................................

nr REGON...............................................................................................................

**Dane dotyczące zamawiającego**

Zamojski Szpital Niepubliczny Sp. z o.o.

Ul. Peowiaków 1

22-400 Zamość

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu na dostawy różnych produktów farmaceutycznych zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i dołączonymi do niej załącznikami, składamy niniejszą ofertę :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numer zadania** | **Cena oferty brutto cyfrowo** | **Cena oferty brutto słownie** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |
| 31 |  |  |
| 32 |  |  |
| 33 |  |  |
| 34 |  |  |
| 35 |  |  |
| 36 |  |  |
| 37 |  |  |
| 38 |  |  |
| 39 |  |  |
| 40 |  |  |
| 41 |  |  |
| 42 |  |  |
| 43 |  |  |

*Wypełnić dla każdego z zadań* , do których Wykonawca przystępuje

**OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w „Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia”, dołączonymi do niej załącznikami i nie wnosimy zastrzeżeń,

2. Oświadczamy, iż zapewnimy bezpłatny transport przedmiotu zamówienia tj.:

a) transport własny specjalistyczny : Tak /nie (zaznaczyć właściwy)

b) firma spedycyjna, spełniająca wymagane przez producenta leków warunki transportu

...................................................................................................................................

 ( należy wpisać nazwę firmy)

3. Oświadczamy, że wyrażamy zgodę na termin zapłaty z tytułu realizacji umowy- 30 dni.

4.Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od .... do ......... informacje stanowiące

tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

5. Oświadczamy, że oferowane produkty lecznicze/wyroby medyczne posiadają charakterystykę i aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Polski, zgodnie z obowiązującym prawem oraz dostarczymy je na każde żądanie Zamawiającego.

6.Oświadczamy, że przedmiot zamówienia będzie posiadał oznakowanie w języku polskim i spełnia wymagania postawione przez zamawiającego.

7.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, określonymi w  Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

8.Oświadczamy, że wykonanie zamówienia powierzymy /nie powierzymy**\*** podwykonawcom w części dotyczącej ....................................

9.Poświadczamy wniesienie wadium w wysokości: ....................................., w formie: ...........................................

Bank i numer konta, na które ma zostać zwrócone wadium:

..............................................................................................................................................

10.Ofertę niniejszą składamy na .......... kolejno ponumerowanych stronach.

11.Wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

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

 \* - **niepotrzebne skreślić**

..........................dnia ................. 2016 roku ................................................................

 Podpis Wykonawcy.