Załącznik nr 1

Numer sprawy:**7/ZO/17**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**Dane dotyczące Wykonawcy**

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

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

Nr telefonu......................................................................................................

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

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

FAX, na który zamawiający ma przesyłać korespondencję ..................................................

e– mail, na który zamawiający ma przesyłać korespondencję.......................................................

**Dane dotyczące zamawiającego**

Zamojski Szpital Niepubliczny Sp. z o.o.

Ul. Peowiaków 1

22-400 Zamość

#### Zobowiązania wykonawcy

1. SKŁADAM OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w zaproszeniu, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy, na następujących warunkach:

**Cena oferty**

Zadanie nr \*.........

cena netto...........................................................................................................zł

podatek VAT.......................................................................................................zł

cena brutto...........................................................................................................zł

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

\*skopiować w przypadku składania oferty na większą ilość zadań

***O Ś W I A D C Z E N I A***

1. Oświadczamy, że powyższa cena brutto zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty. Cena ta będzie podstawiana do obliczenia kryterium ceny, opisanego w zaproszeniu.

2.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy żadnych zastrzeżeń.

3.Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego   
tzn. min. 30 dni od daty otrzymania faktury.

4.Oświadczamy, że utrzymamy stałość cen brutto przez okres 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy z wyjątkiem zmiany stawek podatku VAT – zgodnie z brzmieniem wzoru umowy .

5.Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.

6.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w zaproszeniu, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7.Oświadczam, że posiadam wymagane uprawnienia, zaświadczenia kwalifikacyjne, doświadczenie i przygotowanie zawodowe do wykonywania konserwacji, napraw i montażu danej aparatury i skierowania do ich wykonywania osób o odpowiednich kwalifikacjach i przeszkolonych w zakresie danego urządzenia (jeśli są wymagane przez producenta danego urządzenia medycznego) zgodnie z wymogami określonymi w Ustawie o Wyrobach Medycznych z dn. 20 maja 2010 r. Rozdział 11 Art. 90, pkt.4 i pkt.5.

8.Oświadczam, że będziemy przedkładali Zamawiającemu szczegółowe kalkulacje na wykonywanie napraw sprzętu w terminie 48 godz. od daty zgłoszenia faksem przez Zamawiającego.

9.Oświadczamy, że :

1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania

2) posiadania wiedzy i doświadczenia

3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia

4) sytuacji ekonomicznej i finansowej

..........................dnia ................. 2017 roku

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

podpis Wykonawcy