**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

dla zamówienia udzielonego bez stosowania ustawy z dnia 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych- przy zastosowaniu dyspozycji wynikającej z art. 4 pkt 8.(poniżej 30.000 EURO)

**Dane dotyczące oferenta**

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

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

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

NIP....................................................REGON....................................................

**Dane dotyczące zamawiającego:**

Zamojski Szpital Niepubliczny Sp. z o.o.

Ul. Peowiaków 1, 22-400 Zamość

tel. 84-677-50-00, fax 84-638-51-45

www.szpital.com.pl

e-mail:szpitalniepublicznyzam@wp.pl

**Zobowiązania oferenta**

W związku z zaproszeniem do złożenia oferty cenowej na utrzymanie ruchu, konserwację i naprawy bieżące urządzeń dźwigowych w budynkach Zamojskiego Szpitala Niepublicznego Sp. z o.o. w Zamościu zgodnie wymaganiami określonymi zaproszeniu, oferujemy:

Wyszczególnienie miesięcznych ryczałtowych opłat na poszczególne dźwigi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Rodzaj i lokalizacja dźwigu** | **Cena netto**  **za 1 miesiąc** | **Terminy wykonania usługi** | **Termin usługi**  **w miesiącach** |
| 1 | Dźwig osobowy ODF  Kuchnia nr fabr. 44676/1979 |  | 01.01.2015r.-31.12.2016r. | 24 |
| 2 | Dźwig szpitalny SDE  ZOL, Odd. Pediat. i Paliatywny nr fabr. 37593/1997 |  | 01.01.2015r.-31.12.2016r. | 24 |
| 3 | Dźwig osobowy SGA  Pulmonologia nr fabr. 5945/1980 |  | 01.01.2015r.-31.12.2016r. | 24 |
| 4 | Dźwig osobowy Q 1000 kg  Oddz. Urazowo-Ortopedyczny 1996 |  | 01.01.2015r.-31.12.2016r. | 24 |
| 5 | Dźwig osobowy Q 1250 kg  Blok Operacyjny nr fabr**.** 95618/1996 |  | 01.01.2015r.-31.12.2016r. | 24 |
| 6 | Platforma naschodowa V-63  Przychodnia ul. Kilińskiego 4 nr fabr.1016/1995 |  | 01.01.2015r.-31.12.2016r. | 24 |
| 7 | Dźwig szpitalny WIN 1250H  ZOL, Odd. Pediat. i Paliatywny nr fabr.10055/07/2007 |  | 01.01.2015r.-31.12.2016r. | 24 |
| 8 | Dźwig szpitalny WIN 1600 H  Oddział Hematologiczny nr fabr. H810065/10 |  | 01.01.2015r.-31.12.2016r. | 24 |
| 9 | Dźwig towarowy PAE (Wewnętrzny) |  | 01.01.2015r.-31.12.2016r. | 24 |
| x | Razem: |  | x | x |

Łączna cena ryczałtowa netto za wszystkie urządzenia:.......................... zł.

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

1. Czas reakcji na zgłoszenie awarii (przez czas reakcji Zamawiający rozumie realny czas od chwili przyjęcia zgłoszenia awarii przez Wykonawcę do podjęcie czynności naprawczych związanych z niesprawnością dźwigu) - ...................(podać)
2. Wykonawca zobowiązuje się do usunięcia zgłoszonej usterki w przeciągu 24 godzin od zgłoszenia awarii.
3. Wykonawca zobowiązuje się do konserwacji dźwigów oraz do prowadzenia stosownych przeglądów w zakresie i sposobie ustalonym dokumentacją techniczno – ruchową producenta, przepisami Urzędu Dozoru Technicznego.
4. Przedmiot zamówienia wykonany siłami własnymi.
5. Warunki płatności – przelew w terminie 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zaproszeniem do składania ofert (w tym ze wzorem umowy), nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

8. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na warunkach podanych w zaproszeniu.

1. W przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy – zgodnej z wzorem umowy

stanowiącym załącznik do publicznego zaproszenia do składania ofert, w miejscu i terminie wskazanym

przez zamawiającego.

1. Oświadczamy, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie

zamówienia.

1. Oświadczamy, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem

technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

..........................dnia ................. 2014 roku

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

podpis osoby/ osób uprawnionej/ych

do reprezentowania Wykonawcy