Załącznik nr 1

Numer sprawy:**2/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 ( dostawa zestawu artroskopowego -1 szt.) w zakresie określonym w zaproszeniu, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy, na następujących warunkach:

**Cena oferty:**

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

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

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

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

***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.

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

5.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.

6.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.

7. Udzielamy gwarancji na przedmiot zamówienia na okres **12** **miesięcy i**  zapewniamy bezpłatny serwis gwarancyjny oferowanego przedmiotu zamówienia przez okres trwania gwarancji.

8. Zgłoszenie awarii będzie dokonywane przez Zamawiającego faxem wysyłanym na adres autoryzowanego serwisu gwarancyjnego znajdującego się w ............................. tel.................................. fax ................................

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

 podpis Wykonawcy