

Formularz oferty Wykonawcy

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć wykonawcy)

tel.:

fax:

**Samodzielny Publiczny
Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
fax (84) 638 66 69**

OFERTA WYKONAWCY

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (pismo: AOT-IK.....
z dnia:.....) na wykonanie rocznego przeglądu okresowego systemu rezonansu
magnetycznego 1,5 T Achieva Nova Dual prod Philips obejmującego n/w czynności
przeładowe:

1. Ogólną kontrolę systemu (temperatura, filtry, fantomy, kabina, uziemienia)
2. Kontrolę systemu gradientów (połączenia, chłodzenie, pompa)
3. Sprawdzenie poprawności działania cewek
4. System chłodzenia ciekłym helem (ciśnienie, system wody i oleju, absorber, sprawdzenie działania głowicy chłodzącej)
5. Magnesy (poziom helu, zużycie helu, połączenia)
6. Stół pacjenta (funkcje, alarm, okablowanie, czyszczenie, smarowanie)
7. Sprawdzenie i regulacja parametrów systemu (testy, regulacje częstotliwości i mocy)
8. Konsola operatora (funkcje, kalibracja monitorów)
9. System komputerowy (funkcje, czyszczenie, wentylacja)
10. Stacje diagnostyczne (czyszczenie dysków, kalibracja monitorów)
11. Wykonanie ekspertyz technicznych związanych z wykrytymi usterkami oraz kosztorysu naprawy.
12. Wystawienie raportu z określeniem sprawności systemu i dopuszczeniem do dalszego użytkowania

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami opisu, za kwotę w wysokości :

a. netto: zł

(słownie:zł)

b. stawka podatku VAT %

c. brutto: zł

(słownie:zł)

2. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia w terminie : max 21 dni od dnia zgłoszenia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach wynikających z niniejszym oferty i według przedstawionego wzoru.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
5. Udzielam gwarancji na usługę serwisową(min. 3 miesiące)
licząc od dnia podpisania raportu wykonanej usługi.
6. Oferuje termin płatności dni od daty otrzymania faktury VAT.
(minimalny wymagany przez Zamawiającego – 60 dni)

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w zaproszeniu do złożenia oferty na wykonanie rocznego przeglądu okresowego aparatów do znieczulenia ogólnego przez administratora danych osobowych Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im Papieża Jana Pawła II w Zamościu w celu przeprowadzenia postępowania i późniejszej jego realizacji. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej w załączniku nr 5 do niniejszego zaproszenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie poprawiania.

8. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:
 - a) Aktualny odpis z właściwego rejestru (np. KRS) lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej.
 - b) Pełnomocnictwo w oryginale bądź notarialnie poświadczony w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika
 - c) Formularz oferty cenowej
 - d) Oświadczenie, że Wykonawca posiada doświadczenie i wiedzę, zaplecze techniczne, części zamienne odnoszące się do przedmiotu zamówienia.

.....
podpis osoby uprawnionej/upoważnionej