

## 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 dwóch sztuk  
sterylizatorów parowych MST-V 6-6-18 prod. Belimed obejmującego n/w czynności  
przeładowe:

1. Wymiana zużytych elementów w dwóch sterylizatorach parowych MST-V 6-6-18 prod. Belimed, tj.
  - uszczelka do drzwi d=19,8 mm – 4szt.
  - filtr sterylny – 2szt.
  - zestaw naprawczy do odwadniacza – 4szt.
  - uszczelnienie czujnika temperatury – 10szt.
  - sito 1 1/4" – 4szt.
  - uszczelka – 1 1/4" – 20 szt.
  - sito 1/2" – 6szt.
  - uszczelka 1/2" – 20szt.
2. Wykonanie prac konserwacyjnych określonych przez producenta urządzeń.
3. Zainstalowanie programu implantów do jednego ze sterylizatorów
4. Sprawdzenie poprawności działania sterylizatorów zgodnie ze specyfikacją producenta
5. Sprawdzenie bezpieczeństwa elektrycznego.
6. Wystawienie raportu z przeglądu z określeniem sprawności sterylizatorów i dopuszczeniem do dalszego użytkowania urządzeń.

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 15 dni robocze od daty podpisania umowy.

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 wymienione podzespoły ..... ( minimalny wymagany przez Zamawiającego - 6 miesięcy )

- na usługę serwisową ..... ( minimalny wymagany przez Zamawiającego - 3 miesiące )

licząc od dnia podpisania protokołu przeglądu

5. Oferuje termin płatności ..... dni od daty otrzymania faktury VAT.

( minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni )

6. 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.

6. 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