

Dane teleadresowe Wykonawcy:

Formularz

.....
Imię i nazwisko, lub nazwa firmy,

.....
Adres

.....
numer telefonu, faksu.

.....
Osoba kontaktowa

O F E R T A W Y K O N A W C Y
na dostawę sprzętu medycznego na potrzeby Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II.

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki
Im. Papieża Jana Pawła II
ul. Aleje Jana Pawła II 10
22 – 400 Zamość

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na dostawę sprzętu medycznego na potrzeby Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu,

oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia objętego zaproszeniem w zadaniuza cenę netto (bez podatku VAT)zł.

słownie.....

..... zł.

plus kwota podatku VAT zł.

słownie.....

.....

Cena z podatkiem VAT zł.

słownie

.....zł

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki
Im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu
SIWZ – dostawa sprzętu medycznego dla SOR
AG.ZP 3320.26.17 - formularz oferty

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



zgodnie z przedstawioną ofertą cenową.

1. Oświadczam/y, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i po zainstalowaniu/dostarczeniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).

2. Na oferowany przedmiot udzielammiesiący pełnej gwarancji licząc od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego (min. wymagany przez Zamawiającego okres to 36 miesięcy dla zadania 1, 2 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11; 24 miesiące dla zadania 5 i 12; 12 miesięcy dla zadania 4).

3. Warunki gwarancji:

- czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 5 dni robocze liczony od podjęcia interwencji serwisowej, a w przypadku konieczności sprowadzenia części spoza granic Polski nie dłuższy niż 7 dni roboczych – nie dotyczy zadania 4.

Dla zadania 4 – testery: czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 7 dni roboczych liczony od podjęcia interwencji serwisowej, a w przypadku konieczności sprowadzenia części spoza granic Polski nie dłuższy niż 14 dni roboczych.

- czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii (liczony od momentu zgłoszenia do momentu rozpoczęcia interwencji serwisowej u Użytkownika) w okresie gwarancji nie dłużej niż 72h.

- graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji(max 7 dni roboczych)

- liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/podzespół/urządzenie(max. ilość napraw dopuszczonych przez Zamawiającego – 3)

- siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski, upoważnionego do wykonywania działań serwisowych

adres.....

.....

.....

.....

4. Oświadczam/y, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta. Podać zalecaną częstość wykonywania przeglądów.....

Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji. Nie dotyczy zadania 4

Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.

Dla zadania 4 – testery: Oświadczam/y, że w ramach oferowanej gwarancji będą przeprowadzone bezpłatne zalecane przez producenta przeglądy z częstotliwością 1/rok oraz będzie przeprowadzony jeden bezpłatny przegląd/wzorcowanie po okresie gwarancji. Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.

5. Dostępność części zamiennych min. 10 lat od daty odbioru – nie dotyczy zadania 4.

6. Oświadczam/y, że wraz z dostawą dostarczę/my instrukcję obsługi w języku polskim zawierającą zapisy dotyczące bezpieczeństwa użytkownika i bezpieczeństwa pacjenta – nie dotyczy zadania 4.



Dla zadania 4 – testery: Oświadczam/y, że wraz z dostawą dostarczę/my instrukcję obsługi w języku polskim.

7. Oświadczam/y, że bezpośredni użytkownicy zostaną przeszkoleni w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia – nie dotyczy zadania 4.

8. Oświadczam/y, że zostanie przeprowadzone szkolenie serwisowe w siedzibie Zamawiającego dla pracowników Inżynierii Klinicznej z wykonywania podstawowych czynności serwisowych potwierdzone wydaniem zaświadczenia/certyfikatu na wykonywanie napraw, konserwacji i przeglądów oferowanego sprzętu po okresie obowiązywania gwarancji – nie dotyczy zadania 4, zadania 7, zadania 8, zadania 10, zadania 12.

Dla zadania 4 – testery: Oświadczam/y, że zostanie przeprowadzone szkolenie serwisowe w siedzibie Zamawiającego dla pracowników Inżynierii Klinicznej w zakresie obsługi oferowanych testerów.

9. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i przyjmujemy ją bez zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

10. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

11. Oświadczam/y, że zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia postanowienia umowy/umów zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy/umów na określonych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.

12. Składając niniejszą ofertę, zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy PZP informuję, że wybór oferty:

a) nie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć,

b) będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby rozliczyć – w następującym zakresie:

(należy odpowiednio zaznaczyć punkt a) lub b).

13. Informuję, że:

a) jestem małym lub średnim przedsiębiorstwem

b) nie jestem małym lub średnim przedsiębiorstwem
(należy odpowiedni zaznaczyć punkta a) lub b)



14. Oferta została złożona na stronach kolejno ponumerowanych i składa się z następujących oświadczeń, dokumentów i informacji:

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis osoby/ osób uprawnionych do składania oświadczenia woli w imieniu wykonawcy)

