

(miejsowość, data)

.....
(pieczęć Wykonawcy)

tel.:

e-mail :

**Samodzielny Publiczny
Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
e-mail: szpital@szpital.zam.pl**

OFERTA WYKONAWCY

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy
DZPZ.2150.31.20.2024 z dnia 19 listopada 2024 r.) na:

„Dostawa pily posuwisto zwrotnej wraz z akcesoriami w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.”

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu, za kwotę
w wysokości netto: zł

(słownie: zł)

stawka podatku VAT %

brutto: zł

(słownie: zł)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy.
3. Oferuję termin płatności dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – **60 dni**).
4. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i gotowy do pracy zgodnie z ich przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
5. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi określone w przepisach obowiązującego prawa, jest bezpieczny i dopuszczony do używania na terenie Polski.

6. Oświadczam, że na oferowany przedmiot zamówienia posiadam deklarację zgodności UE o spełnieniu wymagań zasadniczych, certyfikat jednostki notyfikowanej, zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych i na każde żądanie Zamawiającego we wskazanym terminie prześle wymagane dokumenty.

7. Na oferowaną piłę posuwisto zwrotną wraz z akcesoriami udzielam miesięcy pełnej gwarancji licząc od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego (min. wymagany przez Zamawiającego okres to 36 miesięcy).

8. Warunki gwarancji:

- czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 5 dni robocze liczony od daty zgłoszenia a w przypadku konieczności wymiany części nie dłuższy niż 7 dni roboczych
- 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(max. ilość napraw dopuszczonych przez Zamawiającego – 3)
- Siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego upoważnionego do wykonywania działań serwisowych :

adres

.....

.....

9. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji. Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.

10. Dostępność części zamiennych min. 8 lat od daty odbioru.

11. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej w załączniku nr 4 do niniejszego zaproszenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie poprawiania.

12. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:

- 1) Aktualny odpis z właściwego rejestru (np. KRS) lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,
- 2) Pełnomocnictwo w oryginale bądź notarialnie poświadczony w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika.
- 3) Załącznik nr 1 – formularz opis przedmiotu zamówienia
- 4) Załącznik nr 3 - formularz oferty cenowej
- 5) Załącznik nr 4- klauzula informacyjna
- 6) Załącznik nr 6 - Oświadczenie

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *
do reprezentowania Wykonawcy

*niepotrzebne skreślić