**FORMULARZ ASORTYMENTOWO CENOWY**

**Nazwa wykonawcy………………………………………………………..……………………………**

**Adres Wykonawcy………………………………………………………………….…………………**

**TEL……………………… FAX……………………….……… E-MAIL……………………..……**

**NIP……………………………………………. REGON……………………………………………..**

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr WSZ-EP-11/ZO/2020 na dostawę koszulek i igieł do nakłuć przegrody międzyprzedsionkowej dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie.

**1.** Oferujemy wykonanie zamówienia

za cenę …………...............................................................................................................złotych netto plus podatek VAT w wysokości ………………………………………………………………..złotych razem ……………………………………………………………………………………...złotych brutto

słownie ............................................................................................................................. złotych brutto

**2.** Dostawę towaru stanowiącą przedmiot zamówienia zrealizujemy własnym środkiem transportu,   
na swój koszt i odpowiedzialność.

**4.** Okres ważności wynosi : minimum 12 miesięcy od dnia dostawy

**5.** Oświadczam, że asortyment, na który została złożona niniejsza oferta posiada aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zobowiązuję się do ich okazania na każde żądanie zamawiającego

**6.** Warunki realizacji zamówienia zostały opisane w zapytaniu ofertowym nr WSZ-EP-11/ZO/2020

wraz z załącznikami, z którymi wykonawca zapoznał się i zaakceptował je w całości.

**7**. Oświadczamy , że oferta jest ważna do momentu podpisania umowy z wybranym wykonawcą.

**8.** Ponadto do oferty dołączono: (wypełnić o ile dotyczy)

1/……………………………………………………………….

2/……………………………………………………………….

**9.** Oferta została złożona na.......... ponumerowanych i podpisanych stronach.

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

..........................................................

Miejscowość………….............,data........................................

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**Nazwa wykonawcy**………………………………………………………..………………………………………………………………………….………

**Adres Wykonawcy**……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za ceny:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp | Nazwa i opis przedmiotu zamówienia | Ilość | Cena jednostkowa netto zł | Wartość  Netto zł | VAT % | Wartość  Brutto zł | Nr katalogowy |
| 1 | **Koszulki stabilizujące do prawego i lewego przedsionka**  1. Średnica koszulki 8 F, 8,5 F lub 10 F 2. Długość koszulki 63 lub 81 cm 3. Min. 10 rodzajów krzywizn koszulki 4. Wzmocniona, zbrojona koszulka do odpowiedniej jej stabilizacji 5. W zestawie introducer z zastawką i portem bocznym, rozszerzaczem oraz prowadnikiem | 75 |  |  |  |  |  |
| 2 | **Koszulki sterowalne endo i epikardialne**  1. Średnica koszulki 8,5 F 2. 3 długości koszulki do wyboru przez zamawiającego 61, 71, 82 cm  3. Dostępna koszulka epikardialna 40 cm  4. Koszulka z zastawką i portem bocznym 5. Koszulki dwukierunkowe, asymetryczne 6. Atraumatyczna końcówka koszulek | 15 |  |  |  |  |  |
| 3 | **Igły do nakłuć przegrody międzyprzedsionkowej**  1. 3 krzywizny koszulki 2. 3 długości koszulki 71, 89, 98 cm 3. Igła wykonana w całości ze stali 4. Dostępne igły extra ostre dla łatwiejszego nakłucia przegrody | 75 |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | |  |  |  | -------------------------- |

**II.** Podane wynagrodzenie obejmuje wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość…………...................................., data.......................................... | Podpis i pieczęć osoby uprawnionej ………………………………………….. |
|  |  |