**WSZ-NZ-4/ZO/2015 Zał. nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

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

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

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

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

Odpowiadając na Zapytanie Ofertowe NR 4/ZO/2015 na **dostawę grawitacyjnego systemu do separacji płytek krwi oraz koncentratora komórek macierzystych szpiku dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie.**

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za łączną cenę……………………………………złotych /netto/

słownie ..............................................................................................................................złotych /netto/ + ...........................................................................................................................złotych / podatek VAT/ słownie...................................................................................................................złotych /podatek VAT/

RAZEM: .......................................................................................................................... złotych /brutto/

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

**2.** Dostawę części towaru stanowiącą przedmiot zamówienia zrealizujemy w ciągu 2 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia. Transport odbędzie się na nasz koszt i odpowiedzialność.

**3.** Zakres dostaw przewidzianych do wykonania jest zgodny z zakresem objętym specyfikacją istotnych warunków zamówienia.

**4.** Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia.

**5.** Oświadczamy, że czujemy się związani ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, tj. przez okres 30 dni, licząc od upływu terminu składania ofert.

**6.** Przyjęliśmy następujące warunki płatności: płatność każdorazowo przelewem w terminie 60 dni od dnia dostarczenia Zamawiającemu poprawnie sporządzonej faktury.

**7.** Termin gwarancji na dostarczony asortyment wynosi: **……………………….. .**

**8.** Oświadczamy, że asortyment, na który została złożona niniejsza oferta posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i jednocześnie zobowiązuję się do okazania w/w dokumentów na każde żądanie Zamawiającego.

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

1/……………………………………………………………….

2/……………………………………………………………….

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

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

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

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

**WSZ-NZ-4/ZO/2015**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

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

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

**1.** Oferujemy wykonanie zamówienia za ceny:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Ilość systemów** | **Cena jedn.**  **netto**  **w zł** | **Wartość**  **netto**  **w zł** | **Podatek**  **VAT**  **w %** | **Wartość**  **brutto**  **w zł** | **Nazwa**  **produktu, producent** |
| 1. | Grawitacyjny system  do separacji koncentratu leukocytarno-płytkowego  60 ml i produkcji autologicznej trombiny | 24 szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | Koncentrator komórek macierzystych szpiku – 60 ml | 6 szt. |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |  |  |

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

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