***Załącznik nr 2***

*.................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

###### Formularz ofertowy *(wzór)*

Nazwa oraz siedziba Wykonawcy:

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

TELEFON: ..................................................................; FAX:*..........*.............................................................

REGON: ......................................................................, NIP: ........................................................................

INTERNET: http: .......................................................; e-mail: ....................................................................

Nazwa banku: …………………………………………………………………………………………………………................…..…

Nr konta bankowego: …………………………………………………………………………………………………………............

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy …………………………………………………………….....….……………….

*( Imię, Nazwisko, Nr. telefonu)*

Osoba upoważniona do podpisania umowy……………………………………………………………………………………

*( Imię, Nazwisko, stanowisko)*

***Oferta cenowa ( w PLN),***  *znak: 22/RC/ZP/ZZOZ/2019*

\*Pakiet nr ……..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa asortymentu | j. m | Ilość | Cena jed. netto | Wartość netto | % VAT | Wartość VAT | Wartość brutto | Nazwa Producenta/nazwa handlowa - *jeśli dotyczy* | Kod produktu-*jeżeli dotyczy* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| itd |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem | | | |  |  |  |  |  |  |  |

*\*tabelę należy powtórzyć dla każdego oferowanego pakietu*

1. Wartość oferty netto: .................................... brutto: ............................................ (słownie brutto: ......................................................................................................) w tym dla:

1.1 Pakietu nr **….\***: netto: .................., brutto: .................. (słownie brutto: ................................), itd.

1. Termin dostawy…………(max. 3) dni od dnia złożenia zamówienia. \*
2. Termin rozpatrzenia reklamacji: ……….. (max. 7) dni od daty zgłoszenia.
3. *\*UWAGA! Brak ocenianego parametru nie dyskwalifikuje oferty – powoduje jedynie brak dodatkowych punktów.*
4. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
5. W przypadku aktualizacji kart charakterystyki ich nowa wersja zostanie wysłana do Apteki Szpitalnej drogą e-mali na adres: [apteka@zzozwadowice.pl](mailto:apteka@zzozwadowice.pl)
6. Zobowiązuję/my się do dostarczenia kart charakterystyk zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE)nr 1907/2006 dotyczących bezpiecznego stosowania chemikaliów lub oświadczenia stwierdzającego brak konieczności posiadania w/w dokumentów wraz z pierwszą dostawą asortymentu.
7. Oświadczam/y, że zapoznałam/em/liśmy się z przedmiotem zamówienia określonym   
   w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
8. Oświadczam/y, że spełniam/y warunki określone przez Zamawiającego w niniejszym Zapytaniu ofertowym.
9. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
10. Oświadczam/ y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/emy się do realizacji zamówienia na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym wraz z załączonym do niego projektem umowy.
11. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:
    1. …………………………………………………..
    2. ………………………………………………….
12. Oświadczam/y że oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania określone   
    w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
13. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:
    1. …………………………………………………..
    2. ………………………………………………….
14. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia\*.

*............................................... , ............................................................ ,*

*(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*

*\* niepotrzebne skreślić*