***Załącznik nr 2***

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

 *(pieczęć Dostawcy)*

###### Formularz ofertowy *(wzór)*

Nazwa oraz siedziba Dostawcy:

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

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: 53/RC/ZP/ZZOZ/2019*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |

1. Wartość oferty netto: ...................................zł, brutto: ............................................zł (słownie brutto: ................................................................................................ .../100).
2. Termin dostawy…………(max. 3) dni od dnia złożenia zamówienia.\*
3. Termin rozpatrzenia reklamacji: ……….. (max. 7) dni od daty zgłoszenia. \*
4. *\*UWAGA! Brak ocenianego parametru nie dyskwalifikuje oferty – powoduje jedynie brak dodatkowych punktów.*
5. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
6. W przypadku aktualizacji kart charakterystyki ich nowa wersja zostanie wysłana do Apteki Szpitalnej drogą e-mali na adres: apteka@zzozwadowice.pl
7. 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.
8. Oświadczam/y, że zapoznałam/em/liśmy się z przedmiotem zamówienia określonym
w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
9. Oświadczam/y, że spełniam/y warunki określone przez Zamawiającego w niniejszym Zapytaniu ofertowym.
10. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
11. 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.
12. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:
	1. …………………………………………………..
	2. ………………………………………………….
13. Oświadczam/y że oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania określone
w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
14. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:
	1. …………………………………………………..
	2. ………………………………………………….
15. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia\*.

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

 *(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Dostawcy)*

*\* niepotrzebne skreślić*