Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego

Nr ZO/09/AT /2025

**Formularz ofertowy do zapytania ofertowego nr** ZO/09/AT /2024

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego
ul. Koszarowej 5,**

**Wrocław 51–149**

**NIP: 895-16-31-106**

**OFERENT:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy:  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON: |  |
| KRS /CEIDG: |  |
| Tel./faks: |  |
| Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu: |  |
| e-mail:  |  |
| Numer konta bankowego na, które należy dokonać zapłaty : |  |

**Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:**

* 1. zapoznałem się z treścią zapytania dla niniejszego zamówienia,
	2. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią zapytania;

**Oferta cenowa na :**

Przeglądy i naprawy aparatury i sprzętów medycznych (umowa serwisowa na 12 miesięcy).

**Wartość całej oferty netto zł : ….....................................................................................................**

**Słownie zł :….......................................................................................................................................**

**Oraz obowiązujący podatek VAT (…) w kwocie ………………..Słownie zł………………………………**

**Wartość całej oferty brutto zł : ….....................................................................................................**

**Słownie zł :….......................................................................................................................................**

**…...........................................................................................................................................................**

**Oświadczenia:**

1. Zaproponowana cena uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
2. Do cen zostanie doliczony podatek VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie i załącznikach do niej są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.
4. Termin ważności oferty wynosi 30 dni kalendarzowych licząc od dnia upływu terminu na złożenie ofert.
5. Załącznikiem do niniejszego formularza jest: pełnomocnictwo w oryginale bądź poświadczone notarialnie w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika

6)WARUNKI GWARANCJI – DOTYCZY WSZYSTKICH ZADAŃ:

Oferujemy minimum (minimum 12 miesięczny) …………… miesięczny termin ważności wyrobów od momentu dostawy do siedziby Zamawiającego.

7)WARUNKI PŁATNOŚCI – DOTYCZY WSZYSTKICH ZADAŃ:

Należność za dostarczony asortyment przekazywana będzie przez Zamawiającego dostawie, na podstawie oryginału faktury ze specyfikacją dostarczonych produktów oraz potwierdzeniem odbioru przez Zamawiającego, przelewem na konto Wykonawcy wskazane na fakturze w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury.

Koszty obsługi bankowej powstałe w banku Zamawiającego pokrywa Zamawiający, koszty obsługi bankowej powstałe poza bankiem Zamawiającego pokrywa Wykonawca

1. Termin realizacji przedmiotowego zamówienia – 12 miesięcy od daty zawarcia umowy.

Data....................................

…………………………………………………

 *(podpis osoby upoważnionej do składania oferty oraz*