

.....
miejscowość i data

.....
Wykonawca

OFERTA dla Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu, ul. Królewiecka 146

I. Dane Wykonawcy:

1. Pełna nazwa:

2. Osoba upoważniona do kontaktów:

3. Adres, województwo:

4. Telefon/ faks

5. Nazwa banku i nr konta bankowego

6. REGON NIP

7. KRS / Nr ewidencyjny:

II. Przedmiot oferty

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na dostawę produktów leczniczych w 24 pakietach na okres od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2016r. dla potrzeb Apteki Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu

.....
.....
/ podać nr pakietu /
1. za cenę : (wypełnić odpowiednio do ilości zaoferowanych pakietów)

Pakiet Nr

a) netto zł

słownie:

- wysokość podatku VAT:

- kwota podatku VAT: zł.

b) brutto zł

słownie:

1. Warunki i termin płatności

- przelewem na konto wskazane na fakturze w terminie - **dni kalendarzowych** (nie krótszy niż 30 dni kalendarzowych), liczonych od dostarczenia partii towaru i faktury za daną partię towaru do siedziby Zamawiającego.
- wysokość odsetek za ewentualne nieterminowe płatności - nie wyższe niż ustawowe w skali roku.

2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przetargu zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, w tym z kryteriami oceny ofert oraz załącznikami do SIWZ oraz że przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
3. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy, której wzór stanowi **Załącznik Nr 28 do SIWZ**.
4. Gwarantujemy, że dostarczany asortyment będzie miał, co najmniej 6 miesięczny termin ważności licząc od dnia dostawy do siedziby Zamawiającego.
5. Termin dostawy – stanowiący kryterium oceny ofert wg pkt. XVIII SIWZ (należy wypełnić jedną z poniższych opcji *):
 - a) w zakresie pakietu od nr 1 do nr 24 godzin licząc od dnia złożenia zamówienia częściowego przez Aptekę Szpitalną
 - b) Termin dostawy jest różny dla poszczególnych pakietów i wynosi odpowiednio*:
 - Dla pakietu /pakietów Nr - godzin
 - Dla pakietu/pakietów Nr - godzin
 - Dla pakietu/pakietów Nr - godzin

Uwaga! Powyższy podpunkt a) wypełnia Wykonawca, który w zakresie złożonych w ofercie pakietów oferuje jeden ten sam termin dostawy .

6. Czas dostawy cito wynosi do 12 godzin licząc od dnia złożenia zamówienia częściowego przez Aptekę Szpitalną.
7. Wadium w wysokościzł zostało wniesione w formie
8. Wykonanie zamówienia **powierzmy/nie powierzmy** * podwykonawcom w części zamówienia dot.

9. Informujemy zgodnie z art. 91ust.3a uPzp, że :

- ☐ wybór oferty nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u zamawiającego
- ☐ wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u zamawiającego :

Wskazać nazwę (rodzaj) towaru dla, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania (wskazać wartość podatku)

Uwaga!!! w przypadku, gdy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego od towarów i usług Wykonawca powyżej w formularzu ofertowym wpisuje tylko wartość netto bez kwoty podatku VAT.

10. Informujemy, że :

☐ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie) :
dostępne są na stronie (podać adres strony internetowej) :

☐ dokumenty, oświadczenia (wymienić jakie) :
dostępne są w dokumentacji przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr (podać numer postępowania) :

11. Zastrzeżenie Wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

.....
.....
12. Oferta została złożona łącznie na kolejnych stronach
(uwaga w numeracji proszę uwzględnić wszystkie załączone dokumenty)

UWAGA!

*** - niepotrzebne skreślić**

Wykonawca nie może wpisać innego terminu dostawy, niż wynika to z treści pkt. XVIII SIWZ. Wpisanie innych terminów, za które nie można przyznać punktów spowoduje odrzucenie oferty.

.....
data i podpis Wykonawcy