#### Załącznik Nr 2 do SIWZ

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

Wykonawca miejscowość i data

**FORMULARZ OFERTOWY**

***OFERTA dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu,***

***ul. Królewiecka 146***

1. **Dane wykonawcy:**

1. Pełna nazwa:…………….................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………….

2. Adres, województwo: ……………………………………………………………………………..

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

3. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym (imię i nazwisko, tel.): ……………………

………………………………………………………………………………………………………..

4. Telefon/ faks: .................................................................................................................................

5. **Adres e-mail do kontaktu:** ……………………………………………………………………….

6. Nazwa banku i nr konta bankowego: …………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………

7. REGON: ................................................. NIP: .....................................................................

8. KRS/ Nr ewidencyjny: …………………………….……………

9. Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem

*(skreślić niepotrzebne\*)*

**TAK \* NIE\***

1. **Przedmiot oferty**

Oferta dotyczy przetargu nieograniczonego opublikowanego w dniu 22.02.2018 r. przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu na dostawę aparatu RTG z fluoroskopią typu telekomando w ilości 1 szt. dla potrzeb Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu.

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**1. netto** ..........................................zł

słownie: ...........................................................................................................................

a) stawka podatku VAT: ....................%

b) kwota podatku VAT : ..............................zł

**2**. **brutto** ................................................zł

słownie: ...........................................................................................................................

**III. Warunki płatności:**

a) wysokość odsetek za ewentualne nieterminowe płatności - nie wyższe niż ustawowe w skali   
 roku.

b) zapłata za towar nastąpi przelewem na konto Wykonawcy w terminie: **……** **dni** **kalendarzowych** (nie mniej niż 30 dni kalendarzowych) od daty dostarczenia towaru i faktury do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu, ul. Królewiecka 146. Jako dzień zapłaty faktury przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

**IV.** Termin realizacji dostawy: dostawa, montaż wraz z przekazaniem do bieżącej eksploatacji w terminie **……………..tygodni** (nie później niż 10 tygodni), licząc od dnia podpisania umowy.

**V.** Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisaniaumowy sprzedaży stanowiącej Załącznik nr 6 do SIWZ, zgodnie z treścią oferty.

**VI.** Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowypowierzenia przetwarzania danych osobowych, stanowiącej załącznik Nr 7 do SIWZ.

**VII.** Oświadczamy, że przedmiot zamówienia jest kompletny i po dostarczeniu i zamontowaniu   
 będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

VIII. 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.

**IX.** Wadium w wysokości ………….. ……………………………………... zostało wniesione

w formie ................................. ...................................

**X.** Część zamówienia ........................................................................................., której wykonanie   
 powierzymy/ nie powierzymy podwykonawcom\*

*(Wykonawca, który powierzy część zamówienia podwykonawcom wymienia poniżej firmy   
 podwykonawców)\**

- ……………………………………

**XI.** Informujemy zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Pzp, że wybór naszej oferty będzie\*/ nie   
 będzie\* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego od towarów i   
 usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami.

***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.***

XII . Oferta została złożona łącznie na kolejnych ................................... stronach

(uwaga w numeracji proszę uwzględnić wszystkie załączone dokumenty).

**UWAGA!**

**\* - niepotrzebne skreślić**

**- niewpisanie terminu dostawy lub wpisanie innego niż był dozwolony (patrz pkt. 14 ppkt. 1.3 SIWZ) spowoduje odrzucenie oferty**

………............................................

data, podpis Wykonawcy lub upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy