#### Załącznik Nr 1 zmiany z dnia 17.05.2018

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

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: …………………………….……………

1. **Przedmiot oferty**

Oferta dotyczy postępowania do 30.000 euro w trybie art. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo Zamówień Publicznych ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu na dostawę i montaż wyposażenia medycznego dla potrzeb WSZ w Elblągu dla części:

**pakiet nr 1 – Wózek do transportu chorych w pozycji siedzącej - 7 szt.;**

**pakiet nr 2 – Urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń – 1 szt.; pakiet nr 3 – Sfigmomanometr - 4 szt;**

**pakiet nr 4 – Inhalator - 4 szt.;**

dla potrzeb SOR WSZ w Elblągu w ramach projektu pn” Doposażenie sprzętowe Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu” Nr POIS.09.01.00-00-0156/17-00

**Zamówienie w kwocie:**

**Pakiet Nr 1** (załącznik Nr 2A)WÓZEK DO TRANSPORTU CHORYCH W POZYCJI SIEDZĄCEJ

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

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

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

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

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

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

**Pakiet Nr 2** (załącznik Nr 3A)URZĄDZENIE DO DEZYNFEKCJI POMIESZCZEŃ

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

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

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

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

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

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

**Pakiet Nr 3** (załącznik Nr 4A)SFIGMOMANOMETR

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

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

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

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

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

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

**Pakiet Nr 4** (załącznik Nr 5A)INHALATOR

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

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

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

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

**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 **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 Gwarancji–36 miesięcy.

**V.** Termin realizacji dostawy: dostawa, montaż wraz z przekazaniem do bieżącej eksploatacji nastąpi w terminie od dnia **01.07.2018 r. do dnia 11.07.2018 r., w uprzednio uzgodnionym z Zamawiającym terminie.**

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

**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 zamówienia zawartymi w załącznikach oraz że przyjmujemy je bez zastrzeżeń.

***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.***

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

(uwaga w numeracji proszę uwzględnić wszystkie załączone dokumenty).

**UWAGA!**

**\* - niepotrzebne skreślić**

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

data, podpis Wykonawcy lub upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy