#### Załącznik Nr 2 do zaproszenia nr 64/2018

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

Wykonawca miejscowość i data

**DRUK OFERTY**

***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.):

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

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 - w trybie art. 4 pkt. 8 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych **na** **dostawę** **igieł do biopsji mammotomicznej, drenów, znaczników miejsca biopsji, pistoletów jednorazowych do biopsji gruboigłowej** dla potrzeb Oddziału Chirurgii WSZ w Elblągu.

**Wartość oferty:**

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

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

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

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

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

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

**III. Warunki płatności:**

1. wysokość odsetek za ewentualne nieterminowe płatności - nie wyższe niż ustawowe w skali roku.
2. zapłata za towar nastąpi przelewem na konto Wykonawcy w terminie: **……** **dni** **kalendarzowych** (nie mniej niż 30 dni kalendarzowych) ) licząc od dostarczenia partii towaru i faktury za daną partię towaru do siedziby Zamawiającego i dostarczenia faktury do siedziby Zamawiającego. Jako dzień zapłaty faktury przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

**IV. Termin realizacji dostawy:**

Termin realizacji dostawy - ............................. dni kalendarzowych - nie dłuższy niż 7 dni kalendarzowych licząc od dnia złożenia faksem lub e-mailem zamówienia częściowego przez Aptekę Szpitalną WSZ.

**V. Termin rozpatrzenia reklamacji** z powodu wad jakościowych wynosi : ................. dni roboczych (maksymalnie do 10 dni roboczych) licząc od dnia otrzymania zgłoszenia reklamacji.

**VI.** Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisaniaumowy sprzedaży stanowiącej Załącznik nr 3 do zaproszenia, zgodnie z treścią oferty.

VII. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami zaproszenia do składania ostatecznych ofert cenowych w tym z kryteriami oceny ofert oraz załącznikami do zaproszenia oraz że przyjmujemy je bez zastrzeżeń.

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

(uwaga w numeracji proszę uwzględnić wszystkie załączone dokumenty).

**UWAGA!\* - niepotrzebne skreślić**

**…………………………….**

data, podpis Wykonawcy