Załącznik Nr 4 do SIWZ

#### ........................................

miejscowość i data

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

Wykonawca

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

***ul. Królewiecka 146***

1. Dane Wykonawcy :
2. Pełna nazwa :

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

2. Osoba upoważniona do kontaktów : ……………………………………..

3.Adres, województwo :

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

4.Telefon/ faks

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

5. **adres e-mail do kontaktu**………………………………………………...

6.Nazwa banku i nr konta bankowego

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

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

8. KRS (jeżeli dotyczy) : …………………………

9. Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem

*(skreślić niepotrzebne\*)*

**TAK \* NIE\***

1. Przedmiot oferty:

oferta dotyczy przetargu nieograniczonego zamieszczonego w dniu 14.02.2019 r. w BZP przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu na dostawę krążków do oznaczenia lekowrażliwości, podłóż i szczepów wzorcowych, pasków do oznaczania lekowrażliwości, testów diagnostycznych oraz podłóż do wykrywania mechanizmów oporności w 3 pakietach dla potrzeb Laboratorium Bakteriologicznego WSZ w Elblągu w zakresie pakietu/ów:

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

/ podać nr pakietu /

1. za cenę :

**Pakiet Nr 1**

a) netto ..........................................zł

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

* stawka podatku VAT: ....................%
* kwota podatku VAT : ..............................zł

b) brutto ................................................zł

słownie .............................................................................................................................

**Pakiet Nr 2**

a) netto ..........................................zł

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

* stawka podatku VAT: ....................%
* kwota podatku VAT : ..............................zł

b) brutto ................................................zł

słownie .............................................................................................................................

**Pakiet Nr 3**

a) netto ..........................................zł

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

* stawka podatku VAT: ....................%
* kwota podatku VAT : ..............................zł

b) brutto ................................................zł

słownie .............................................................................................................................

2.Warunki płatności / przelew/ :

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

skali roku

b) zapłata za dostarczoną partię towaru nastąpi przelewem na konto Wykonawcy w terminie (co najmniej 30 dni ) **........dni** kalendarzowych licząc od daty dostarczenia danej partii towaru oraz faktury za daną partię towaru do Laboratorium Bakteriologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego

1. 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.

4. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania

umowy sprzedaży, której wzór stanowi Załącznik Nr 9 do SIWZ.

5. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty w zakresie pakietu Nr 1 zobowiązujemy się do podpisania umowy użyczenia, której wzór stanowi Załącznik Nr 10 do SIWZ\*.

6. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty w zakresie pakietu **Nr 1\*** zobowiązujemy się do użyczenia na okres obowiązywania umowy (wraz z zapewnieniem bezpłatnego serwisu) niżej wymienionego sprzętu wielorazowego użytku:

**- dyspensery do płytek w łącznej ilości 14 szt*.*** *………………………………………………..*

*............................................................................................................... ( podać typ, nr kat.),*

których szacunkowa łączna wartość wynosi *............................* **zł brutto.\***

**7. Termin dostaw częściowych - kryterium oceny wg. pkt. 13 ppkt. 1.2 SIWZ (należy wypełnić jedną z poniższych opcji a) lub b):**

**a)** w zakresie pakietów: **od Nr 1 do Nr 3** w terminie: **.............godzin** (nie dłuższy niż 48 godzin) liczonych od złożenia zamówienia częściowego przez Laboratorium Bakteriologiczne WSZ

**Uwaga! powyższe *wypełnia Wykonawca, który w zakresie złożonych w ofercie pakietów oferuje jeden ten sam termin dostawy***

**b)** Termin dostawy jest różny dla poszczególnych pakietów i wynosi odpowiednio\*:

- dla pakietu/ów Nr ........ - ..... godzin

- dla pakietu/ów Nr ......... - ..... godzin

- dla pakietu/ów Nr .......... - ..... godzin

(nie dłuższy niż 48 godzin) liczonych od złożenia zamówienia częściowego przez Laboratorium Bakteriologiczne

8. Termin rozpatrzenia reklamacji - kryterium oceny wg. pkt. 13 ppkt. 1.3 SIWZ (należy wypełnić jedną z poniższych opcji a) lub b):

a) w zakresie pakietów: od Nr 1 do Nr 3 w terminie do **.............dni kalendarzowych** (nie dłuższy niż 10 dni kalendarzowych) liczonych od dnia przesłania reklamacji

b) Termin rozpatrzenia reklamacji jest różny dla poszczególnych pakietów i wynosi

odpowiednio\*:

- dla pakietu/ów Nr ....................... - ..... dni kalendarzowych

- dla pakietu/ów Nr ....................... - ..... dni kalendarzowych

- dla pakietu/ów Nr ....................... - ..... dni kalendarzowych

(nie dłuższy niż 10 dni kalendarzowych) liczonych od dnia przesłania reklamacji

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

10. Część zamówienia............................................................................................. której

wykonanie powierzymy / nie powierzymy podwykonawcom\*

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

- ……………………………………

-…………………………………….

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

( uwaga w numeracji proszę uwzględnić wszystkie załączone dokumenty )

**UWAGA!**

**\* - niepotrzebne skreślić**

**- niewpisanie terminu dostawy, terminu rozpatrzenia reklamacji w zakresie danego**

**pakietu, w którym Wykonawca bierze udział lub wpisanie innego niż był dozwolony**

**(patrz tabela w pkt. 13 ppkt. 1.2 i 1.3 SIWZ) spowoduje odrzucenie oferty w zakresie**

**tego pakietu.**

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

data i podpis upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy