

.....
miejsowość i data

.....
Wykonawca

I. Dane Wykonawcy :

.....

2. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym (Imię i nazwisko, tel.):

.....

5. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....

7. KRS/ Nr ewidencyjny

1. W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym opublikowanym w dniu
r. na:

1.2. utworzenie nieodpłatnego magazynu depozytowego na zasadach określonych we wzorze umowy depozytu Nr 33./D/Pu/2014 stanowiącej załącznik nr 4 do zaproszenia w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 12.05.2015r. dla potrzeb Oddziału Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu oferujemy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami i wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w zakresie:

a) nettozł

słownie :

- stawka podatku VAT:%

- kwota podatku VAT :zł

b) bruttozł

słownie

2. Warunki płatności / przelew /:

2.1. wysokość odsetek za nieterminowe płatności - nie więcej niż odsetki ustawowe w skali roku

2.2. Termin płatności: **dni kalendarzowych** (min. 30 dni kalendarzowych)
liczonych od daty zgłoszenia przez Zamawiającego zużycia, zagubienia bądź zniszczenia towaru i dostarczenia faktury do Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego – dot. depozytu.

3. 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 stanowiącej Załącznik Nr 3 oraz umowy depozytowej stanowiącej załącznik Nr 4 do zaproszenia - zgodnie z treścią oferty.

5. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do: utworzenia Magazynu Depozytowego w terminie **dni roboczych** (nie dłużej niż 7 dni roboczych, liczonych od dnia podpisania umowy) w ilościach i asortymencie zgodnych z wymienionymi w umowie depozytowej, której wzór stanowi załącznik Nr 4 do zaproszenia.

6. Terminy dostaw częściowych / uzupełnienia Magazynu Depozytowego:
- w terminie **godzin** (nie dłuższy niż 48 godzin), liczonych od złożenia przez Aptekę WSzZ formularza zużycia dot. depozytu)

7. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty użyjemy Zamawiającemu zestaw/y narzędzi niezbędne do wszczepiania implantów wraz z kontenerami do ich przechowywania i sterylizacji.*

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

UWAGA! * - niepotrzebne skreślić

.....
data , podpis upoważnionego
przedstawiciela Wykonawcy

