

FORMULARZ OFERTY**I. Wykonawca**

1 Nazwa i adres

.....

.....

.....

- a) NIP.....
- b) REGON.....
- c) Telefon.....
- d) Fax.....
- e) www.....
- f) E-mail.....
- g) Województwo
- h) Nr KRS lub innego dokumentu

2. Firmy zagraniczne podają informację, czy mają siedzibę w Polsce, czy poza granicami:

.....

.....

3. Stanowisko oraz imię i nazwisko osoby upoważnionej do zawarcia umowy:

.....

4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni, licząc od daty składania ofert.

5. Oświadczamy, że gwarantujemy niezmiennosc cen przez okres obowiązywania umowy.

6. Numer telefonu, faksu, e-mail pod, który Zamawiający będzie zgłaszał usługi serwisowe:

- tel. -
- fax. -
- e-mail -

II. Przedmiot zamówienia

Nazwa zamówienia do którego Wykonawca przystępuje:

„Usługi serwisowe aparatów do hemodializ” numer sprawy DTECH/9/11/18**III. Cena:**

Cena za 24 m-cy za przeglądy (przeгляд i konserwacja) aparatów do hemodializ opisanych w przedmiocie zamówienia (*cena te obejmują wszelkie koszty, jakie Wykonawca musi ponieść w celu należytego wykonania przeglądów i konserwacji - robocizna, dojazd, zestaw przeglądy, materiały konserwacyjne*):

- a) wartość netto w PLN.....
- b) wartość VAT w PLN.....
- c) wartość brutto w PLN.....
- d) stawka VAT w %

W tym cena jednego przeglądu (przeгляд i konserwacyjna) jednego aparatu do hemodializ wynosi:

wartość netto w PLN.....

Ceny stosowane za naprawy:

Roboczogodzina

- a) wartość netto w PLN.....
- b) wartość VAT w PLN.....
- c) wartość brutto w PLN.....
- d) stawka VAT w %

Dojazd

- a) wartość netto w PLN za 1 km

- b) wartość VAT w PLN.....
c) wartość brutto w PLN.....
d) stawka VAT w %

IV. Płatność w formie przelewu w terminie:

Rozliczenie miesięczne ryczałtowe – 36 równych rat. Faktura będzie wystawiana każdorazowo na zakończenie miesiąca. Termin płatności 60 dni od daty dostarczenia faktury do siedziby Zamawiającego.

V. Termin wykonania całej umowy:

Okres dwóch lat od daty podpisania umowy.

VI. Warunki udziału:

| Warunek | Spełnia/nie spełnia | |
|---|---------------------|------|
| | TAK* | NIE* |
| autoryzacja producenta na świadczenia usług serwisowych aparatury opisanej w przedmiocie zamówienia i w zakresie wymaganym przez Zamawiającego. | TAK* | NIE* |
| posiadanie dokumentu potwierdzającego, że wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności w wysokości odpowiadającej co najmniej 500 tys. zł. | TAK* | NIE* |

* niepotrzebne skreślić

Zapoznałem się z warunkami umowy (załącznik nr 4 do zapytania ofertowego) i je akceptuję.

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej