

**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 – 24 równych ratach. 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*