# Zmodyfikowany

# Załącznik nr 1 do SIWZ

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***LEKI CYTOSTATYCZNE*** |
| **Zamawiający** | **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica****64-920 Piła, ul. Rydygiera 1** |
| ***Oferent – pełna nazwa Oferenta,******adres,******NIP******REGON*** |  |
| ***tel., fax.*** |  |
| ***e-mail*** |  |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie*** ***zadania nr 1****(podlega ocenie)* | **wartość brutto: ……………………………………………….**słownie: ………………………………………………………………………………………..……… |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie*** ***zadania nr 2****(podlega ocenie)* | **wartość brutto: ……………………………………………….**słownie: ………………………………………………………………………………………..……… |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie*** ***zadania nr 3****(podlega ocenie)* | **wartość brutto: ……………………………………………….**słownie: ………………………………………………………………………………………..……… |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie*** ***zadania nr 4****(podlega ocenie)* | **wartość brutto: ……………………………………………….**słownie: ………………………………………………………………………………………..……… |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie*** ***zadania nr 5****(podlega ocenie)* | **wartość brutto: ……………………………………………….**słownie: ………………………………………………………………………………………..……… |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie*** ***zadania nr 6****(podlega ocenie)* | **wartość brutto: ……………………………………………….**słownie: ………………………………………………………………………………………..……… |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie*** ***zadania nr 7****(podlega ocenie)* | **wartość brutto: ……………………………………………….**słownie: ………………………………………………………………………………………..……… |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie*** ***zadania nr 8****(podlega ocenie)* | **wartość brutto: ……………………………………………….**słownie: ………………………………………………………………………………………..……… |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie*** ***zadania nr 9****(podlega ocenie)* | **wartość brutto: ……………………………………………….**słownie: ………………………………………………………………………………………..……… |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie*** ***zadania nr 10****(podlega ocenie)* | **wartość brutto: ……………………………………………….**słownie: ………………………………………………………………………………………..……… |
| ***Termin płatności*** | **60 dni**  |
| ***Imiona, Nazwiska, osób które podpiszą umowę****(zgodnie z ustanowioną zasadą reprezentacji)* |  |
| **Jesteśmy małym / średnim przedsiębiorstwem**(właściwe zaznaczyć)**⬜** TAK**⬜** NIEMałe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. |

**1.** Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niego żadnych uwag oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.

**2.** W przypadku wybrania naszej oferty, jako najkorzystniejszej, zobowiązujemy się do zawarcia pisemnej umowy w terminie i w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz na warunkach określonych we wzorze umowy.

3. Oświadczamy, że okres związania ofertą wynosi 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

**4.** Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy zastrzeżeń do jej treści.

**5.** Oświadczamy, że cena brutto podana w niniejszym formularzu zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru naszej oferty.

**6.** Oświadczamy, że oferta zawiera/ nie zawiera (niepotrzebne skreślić) na str. … oferty informacje, które stanowią **TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego oraz są zabezpieczone w sposób opisany w pkt. 11.4 SIWZ i zawierają uzasadnienie ich zastrzeżenia.

**OŚWIADCZENIA:**

Zaoferowany przez nas przedmiot zamówienia został dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z wymogami obowiązującej ustawy o wyrobach medycznych, na podstawie n/wym. dokumentów:

1. ………………………………………………………………………………………………….
2. ………………………………………………………………………………………………….
3. ………………………………………………………………………………………………….

Dostawy objęte przedmiotem zamówienia zamierzamy wykonać *(zaznaczyć właściwe)*:

□ własnymi siłami\*

□ powierzyć wykonanie n/wym. części zamówienia podwykonawcom\*:

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

 *(zakres i wartość części zamówienia, która realizowana będzie przez podwykonawcę)*

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..
2. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..
3. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..
4. ………………………………………………………………………………………… str. ………………………..

Oferta została złożona na ....... zapisanych i kolejno ponumerowanych oraz podpisanych stronach.

dnia ………………………………………………………

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy