

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 130 000 zł. na: **Udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia świadczeń w postaci wykonywania testów specjalistycznych aparatury radiologicznej**

1. Nazwa i adres Zamawiającego

Szpital Powiatowy w Zawierciu
42-400 Zawiercie, ul. Miodowa 14
tel. 32 67 40 200
Godziny urzędowania: 7:25 – 15:00
REGON 276271110, NIP 649-19-18-293
www.szpitalzawiercie.pl

2. Opis przedmiotu zamówienia: Udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia świadczeń w postaci wykonywania testów specjalistycznych aparatury radiologicznej.

3. Nazwa i adres Wykonawcy

Nazwa.....

Adres.....

NIP.....REGON.....

tel

e-mail:WWW.

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

Lp.	Nazwa asortymentu	Rodzaj	Szacunkowa ilość (24miesiące)	Cena jednostkowa (netto)*	Cena jednostkowa (brutto)*	Wartość brutto
1.	Aparat RTG kostno-płuczny	CR	4			
2.	Aparat RTG kostno-płuczny	DR	4			
3.	Aparat RTG mammograf	DR	2			
4.	Tomograf komputerowy	32/64 [rzędy/warstwy]	2			
5.	Aparat RTG jezdny	DR	6			
6.	Aparat RTG typu ramię C		8			
7.	Monitory	opisowe / przeglądowe	44			

* Zaoferowane ceny zawierają wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia

4. **Okres obowiązywania umowy:** 01.02.2025r. – 31.01.2027r.
5. **Termin zapłaty za prawidłowo wystawioną i doręczoną fakturę** - 14 dni.
6. **Oferowany okres gwarancji** - Oferent gwarantuje stałość cen w trakcie trwania umowy.
7. **Termin związania ofertą** – 30 dni.

Uwagi:

- a. Oświadczam, że zapoznałem/-am się szczegółowo z warunkami postępowania i uzyskałem/-am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag.
- b. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią wzoru umowy i akceptuję bez zastrzeżeń jej treść.

.....

data i podpis Wykonawcy