

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców (w przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia):

.....

Adres*:

REGON*:

NIP*:

.....

numer telefonu wraz z numerem kierunkowym*

.....

numer faksu wraz z numerem kierunkowym na który Zamawiający ma przysłać korespondencję *

.....

adres e-mail Wykonawcy na który Zamawiający ma przysłać korespondencję*

FORMULARZ OFERTY

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. Najświętszej Maryi Panny
42-200 Częstochowa
ul. Bialska 104/118

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu na dostawę: **OSPRZĘTU I AKCESORIÓW DO APARATURY MEDYCZNEJ STOSOWANEJ PODCZAS TERAPII WCZEŚNIAKÓW, NOWORODKÓW I DZIECI**, zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia dla tego postępowania składamy niniejszą ofertę.

1. Oferujemy dostawy będące przedmiotem niniejszego zamówienia na następujących warunkach:

CZĘŚĆ NR 1* - Czujnik do monitorowania saturacji typ Infiniti Delta

1) CENA OFERTY zł
BRUTTO (słownie:)

2) Deklarujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia dni (nie krótszy niż 1 dzień roboczy, nie dłuższy niż 5 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia).

Uwaga: zadeklarowanie terminu dostawy niezgodnego z wymogami lub nie zadeklarowanie żadnego terminu dostawy będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

CZĘŚĆ NR 2* - Materiały do aparatu InfantFlow SiPAP system LP,

1) CENA OFERTY zł
BRUTTO (słownie:)

2) Deklarujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia dni (nie krótszy niż 1 dzień roboczy, nie dłuższy niż 5 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia).

Uwaga: zadeklarowanie terminu dostawy niezgodnego z wymogami lub nie zadeklarowanie żadnego terminu dostawy będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

CZĘŚĆ NR 3* - Mocowania do aparatu InfantFlow SiPAP system LP,

1) CENA OFERTY zł
BRUTTO (słownie:)

2) Deklarujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia dni (nie krótszy niż 1 dzień roboczy, nie dłuższy niż 5 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia).

Uwaga: zadeklarowanie terminu dostawy niezgodnego z wymogami lub nie zadeklarowanie żadnego terminu dostawy będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

CZĘŚĆ NR 4* - Zestaw do aparatu InfantFlow SiPAP system LP i filtr bakteryjny

- 1) CENA OFERTY zł
BRUTTO (słownie:)
- 2) Deklarujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia dni (nie krótszy niż 1 dzień roboczy, nie dłuższy niż 5 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia).
Uwaga: zadeklarowanie terminu dostawy niezgodnego z wymogami lub nie zadeklarowanie żadnego terminu dostawy będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

CZĘŚĆ NR 5* - Akcesoria do respiratora typu oscylacyjnego Sensor Medicus 3100A,

- 1) CENA OFERTY zł
BRUTTO (słownie:)
- 2) Deklarujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia dni (nie krótszy niż 1 dzień roboczy, nie dłuższy niż 5 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia).
Uwaga: zadeklarowanie terminu dostawy niezgodnego z wymogami lub nie zadeklarowanie żadnego terminu dostawy będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

CZĘŚĆ NR 6* - Filtry do respiratora typu oscylacyjnego Sensor Medicus 3100A,

- 1) CENA OFERTY zł
BRUTTO (słownie:)
- 2) Deklarujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia dni (nie krótszy niż 1 dzień roboczy, nie dłuższy niż 5 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia).
Uwaga: zadeklarowanie terminu dostawy niezgodnego z wymogami lub nie zadeklarowanie żadnego terminu dostawy będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

CZĘŚĆ NR 7*- Akcesoria do nCPAP,

- 1) CENA OFERTY zł
BRUTTO (słownie:)
- 2) Deklarujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia dni (nie krótszy niż 1 dzień roboczy, nie dłuższy niż 5 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia).
Uwaga: zadeklarowanie terminu dostawy niezgodnego z wymogami lub nie zadeklarowanie żadnego terminu dostawy będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

CZĘŚĆ NR 8* - Materiały do aparatu InfantFlow SiPAP system LP,

- 1) CENA OFERTY zł
BRUTTO (słownie:)
- 2) Deklarujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia dni (nie krótszy niż 1 dzień roboczy, nie dłuższy niż 5 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia).
Uwaga: zadeklarowanie terminu dostawy niezgodnego z wymogami lub nie zadeklarowanie żadnego terminu dostawy będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

*- **Należy wypełnić dla części której oferta dotyczy – w przypadku części, na którą Wykonawca nie składa oferty, należy wpisać „nie dotyczy”.**

2. Termin wykonania zamówienia oraz warunki płatności – zgodne z zasadami przedstawionymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Oferowane produkty są zgodne z wymaganiami określonymi w opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym Załącznik Nr 2 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
5. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się - w przypadku wybrania niniejszej oferty - do podpisania umowy [wg Załącznika Nr 7 do SIWZ](#),
6. Podwykonawcom zamierzamy powierzyć wykonanie następujących części zamówienia:
 - a) wykonanie
 - b) wykonanie
7. Ofertę niniejszą składamy na stronach.
8. WRAZ Z OFERTĄ składamy następujące oświadczenia i dokumenty:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)
9. **Wszelką korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem należy kierować do:**
 Imię i nazwisko
 Adres:
 Telefon:, faks:..... e-mail
 ----- dnia ----- 2015 r.

.....
*Podpis osób uprawnionych do składania
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
 oraz pieczętka/pieczętki*

* w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące Pełnomocnika Wykonawcy.

....., dnia.....

Pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 2 - Materiały do aparatu InfantFlow SiPAP system LP

L.p	Przedmiot zamówienia / wymagania/	J m	Ilość wg j.m.	Cena jedn. netto wg j.m.	Wartość netto w zł Poz. 4x5	Stawka podatku VAT	Wartość brutto w zł poz. (6+7)	Nazwa handlowa, Nr katalogowy, identyczne jak na Fakturze Nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Maska nosowa j.u. Podstawa maski przejrzysta; rozmiary XS, S, M, L, XL	Szt.	710					
2.	Kaniule/końcówki donosowe jednorazowe, dopasowane do głowicy jednorazowego użytku w aparacie InfantFlow; rozmiary XS, S, M, L, XL	Szt.	215					
3.	Maseczki twarzowe jednorazowe, dopasowane do głowicy jednorazowego użytku w aparacie InfantFlow; rozmiary XS, S, M, L, XL	Szt.	180					
RAZEM:						X		X

Wymagane próbki w celu sprawdzenia koniecznych parametrów

Zamawiający wymaga: do pozycji od 1 do 3 – po 1 sztuce próbki do każdej pozycji

.....
 Pieczęć imienna i podpisy osób
 Uprawnionych do składania oświadczeń woli
 w imieniu Wykonawcy

Pieczęć Wykonawcy

....., dnia.....

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 8 - Materiały do aparatu InfantFlow SiPAP system LP

L.p	Przedmiot zamówienia / wymagania/	J m	Ilość wg j.m.	Cena jedn. netto wg j.m.	Wartość netto w zł Poz. 4x5	Stawka podatku VAT	Wartość brutto w zł poz. (6+7)	Nazwa handlowa, Nr katalogowy, identyczne jak na Fakturze Nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Smoczek dopasowany wymiarami do generatora; możliwość wycięcia i dopasowania do kształtu buzi dziecka; dostępne dwa rozmiary w zależności od wagi pacjenta	Szt.	10					
RAZEM:						X		X

Wymagane próbki w celu sprawdzenia koniecznych parametrów

Zamawiający wymaga: do pozycji od 1 – 1 sztukę próbki

.....
Pieczęć imienna i podpisy osób
Uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy