

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: **PŁYNÓW SUBSTYTUCYJNYCH STOSOWANYCH W OSTREJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK**, 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* - PŁYNY DIALIZACYJNE BEZWAPNIOWE,

1) CENA OFERTY zł
BRUTTO (słownie:)

2) Deklarujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia dni (nie krótszy niż 1 dzień roboczy, nie dłuższy niż 3 dni robocze od dnia złożenia zamówienia).

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

CZĘŚĆ NR 2* PŁYNY SUBSTYTUCYJNE STOSOWANE W OSTREJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK,

1) CENA OFERTY zł
BRUTTO (słownie:)

2) Deklarujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia dni (nie krótszy niż 1 dzień roboczy, nie dłuższy niż 3 dni robocze od dnia złożenia zamówienia).

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

CZĘŚĆ NR 3* PŁYN SUBSTYTUCYJNY STOSOWANY W OSTREJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK,

1) CENA OFERTY zł
BRUTTO (słownie:)

- 2) Deklarujemy termin dostawy przedmiotu zamówienia dni (nie krótszy niż 1 dzień roboczy, nie dłuższy niż 3 dni robocze 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.

.....
 (Pieczęć firmowa Wykonawcy)

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 2 – PŁYNY SUBSTYTUCYJNE STOSOWANE W OSTREJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK.

L.p.	Przedmiot zamówienia / wymagania/	Jm	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	Płyn substytucyjny do terapii cytrynianowej: Zawartość wodorofosforanów 1,2 mmol/l, worek dwukomorowy 5 litr. Połączenie zestawu do zabiegów z workiem przez port z dużą gumową membraną przekuwaną plastikową igłą, bez konieczności przełamywania zawleczki. Kompatybilny z zestawem CRRT do aparatu Prismaflex.	Worek 5l	400					
2	Płyn substytucyjny z zawartością cytrynianu, nie wymagający stosowania antykoagulacji systemowej: Worek 5 litr o zawartości cytrynianów 18 mmol/l. Połączenie zestawu do zabiegów z workiem przez port z dużą gumową membraną przekuwaną plastikową igłą bez konieczności przełamywania zawleczki. Kompatybilny z zestawem CRRT do aparatu Prismaflex.	Worek 5l	800					
3	Dren do podawania wapnia Ca250 stosowany w ostrej niewydolności nerek do technik cytrynianowych, kompatybilny z zestawem ST w technikach CRRT do aparatu Prismaflex	szt.	40					
RAZEM:						xxxx		XXXXXXXXXXXX

.....
miejsce i data

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

.....
(Pieczęć firmowa Wykonawcy)

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 3 – PŁYN SUBSTYTUCYJNY STOSOWANY W OSTREJ NIWYDOLNOŚCI NEREK.

L.p.	Przedmiot zamówienia / wymagania/	Jm	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.	Płyn substytucyjny stosowany w ostrej niewydolności nerek. Worek dwukomorowy 5 litrowy (opak. po 2 worki a' 5 l.) o zawartości K+ 4 mmol/l. Połączenie zestawu do zabiegów z workiem ma się odbywać przez port z dużą gumową membraną przekłuwaną plastikową igłą, bez konieczności przełamywania zawleczki. Kompatybilny z zestawem CRRT do aparatu Prismaflex.	Worek 5l	3600					
RAZEM:						xxxx		XXXXXXXXXXXXX

.....
miejsce i data

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