

(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

tel.: .....

e-mail : .....

**Samodzielny Publiczny  
Szpital Wojewódzki  
im. Papieża Jana Pawła II  
ul. Al. Jana Pawła II 10  
22-400 Zamość  
e-mail: szpital@szpital.zam.pl**

### OFERTA WYKONAWCY

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy  
**AT.Z.2150.5.1.2024** z dnia 05 kwietnia 2024 r.) na:

**„Dostawa wyposażenia do Poradni Okulistycznej dla dzieci  
dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana  
Pawła II w Zamościu.”**

**Zadanie nr .....**

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu, za kwotę  
w wysokości netto: ..... zł

(słownie: ..... zł)

stawka podatku VAT ..... %

brutto: ..... zł

(słownie: ..... zł)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy.
3. Oferuję termin płatności ..... dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – **60 dni**).
4. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia ..... są kompletne i gotowe do pracy zgodnie z ich przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
5. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi określone w przepisach obowiązującego prawa, jest bezpieczny i dopuszczony do używania na terenie Polski.
6. Oświadczam, że na oferowany przedmiot zamówienia ..... posiadam deklarację zgodności CE o spełnieniu wymagań zasadniczych, certyfikat zgodności

dla oferowanego przedmiotu zamówienia, zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych i na każde żądanie Zamawiającego we wskazanym terminie prześle wymagane dokumenty.

7. Na oferowane ..... udzielam ..... miesięcy pełnej gwarancji licząc od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego (min. wymagany przez Zamawiającego okres to 24 miesiące).
8. Warunki gwarancji:
- czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 5 dni robocze liczony od daty zgłoszenia a w przypadku konieczności wymiany części nie dłuższy niż 7 dni roboczych
  - graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji .....(max 7 dni roboczych)
  - liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/podzespół .....(max. ilość napraw dopuszczonych przez Zamawiającego – 3)
  - Siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego upoważnionego do wykonywania działań serwisowych

adres.....  
.....  
.....

9. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji. Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.
10. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej w załączniku nr 4 do niniejszego zaproszenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie poprawiania.
11. Oświadczam, że w ramach umowy przeszkolę użytkowników w zakresie technicznej obsługi przedmiotu zamówienia w siedzibie Zamawiającego.
12. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:
- 1) Aktualny odpis z właściwego rejestru (np. KRS) lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,
  - 2) Pełnomocnictwo w oryginale bądź notarialnie poświadczony w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika.
  - 3) Załącznik nr 1 – formularz opis przedmiotu zamówienia
  - 4) Załącznik nr 3 - formularz oferty cenowej
  - 5) Załącznik nr 4- klauzula informacyjna
  - 6) Załącznik nr 6 - Oświadczenie

.....  
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej \*  
do reprezentowania Wykonawcy

\*niepotrzebne skreślić