…………………………, dnia ………………………..

**OFERTA**

**dla Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego**

**w Warszawie**

**I. Dane Wykonawcy**

1. Pełna nazwa
2. Adres
3. Województwo
4. Telefon: ………………………………………….…… mail:
5. Regon ……………………………………..………….. NIP
6. Osoba reprezentująca Wykonawcę

**II. Przedmiot oferty**

**Dostawa soczewek kontaktowych opatrunkowych**

do Działu Farmacji Szpitalnej mieszczącego się w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym w Warszawie, ul. Marszałkowska 24/26.

Szczegółową specyfikację zawiera formularz asortymentowo-cenowy stanowiący *załącznik nr 1* do niniejszej oferty.

**III. Cena oferty w PLN**

**Cena oferty zgodnie z załączonym (załącznik 1) formularzem asortymentowo-cenowym wynosi:**

 Wartość netto ................................ PLN + ............ % VAT = wartość brutto ...................................... PLN

 (słownie netto:........................................................................................................................................)

 (słownie brutto:.......................................................................................................................................)

Powyższa kwota zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem niniejszego zamówienia, w tym koszty:

1) oferowanych produktów,

2) transportu do miejsca przeznaczenia tj. magazynu mieszczącego się w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym w Warszawie, ul. Marszałkowskiej 24/26

3) podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami

**IV.** **Oświadczenie:**

**Oświadczamy,** że zaoferowane przez nas wyroby zostały dopuszczone do obrotu i używania na podstawie n/wymienionych dokumentów (karta charakterystyki):

*
*
*

Powyższe dokumenty stanowią załącznik nr ................................... do niniejszej oferty.

**V.** **Termin i warunki realizacji przedmiotu zamówienia:**

Dostawy towarów będą realizowane sukcesywnie w ciągu **24 miesięcy** od daty zawarcia umowy zgodnie z potrzebami szpitala. Dostawy towaru następować będą w ciągu 3 dni roboczych od dnia zamówienia towaru a w przypadkach nagłych (szczególnych), w dniu następnym od dnia zamówienia po uprzednim uzgodnieniu takiej dostawy.

**VI.** **Gwarancja jakości**

Gwarancja jakościowa na poszczególne pozycje przedmiotu zamówienia zostanie udzielona na okres 24 miesięcy od daty dostawy.

**VII**. **Termin płatności**

Termin płatności liczony od daty dostawy i wpływu prawidłowo wystawionej faktury do Zamawiającego określa się na **30** dni na warunkach określonych we wzorze umowy.

**VIII**. **Ważność oferty**

30 dni licząc od daty złożenia oferty.

**IX. Załączniki:**

1. ………………………………………
2. ………………………………………

**X .** Poniższe dokumenty są integralną częścią niniejszej oferty:

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

Pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

 **Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA | UWAGI | ILOŚĆ | Zaoferowany produkt (nazwa/ typ/ numer katalogowy) | Producent | Cena jedn. netto | Cena jedn. brutto | Wartość netto | Wartość brutto |
| Soczewka kontaktowa 30 dniowa, sterylna, miękka, spełniająca funkcję soczewki opatrunkowej. Krzywizna 8,4 : 0,00D i 0,50D - zamawiający przy każdym zamówieniu określi dptr. soczewki |   | 2400 sztuk |   |   |   |   |   |   |

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

 *Pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*