…………………………, 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 jałowych jednorazowych zestawów do wykonania iniekcji doszklistkowych do Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie.**

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 **18 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. ………………………………………

Pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

Administratorem danych osobowych powierzanych w ramach zapytania ofertowego jest Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny przy ul. Sierakowskiego 13, 03-709 Warszawa (SPKSO).

Informujemy, iż SPKSO realizując zapisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych  
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) wprowadził kompleksowe rozwiązania w zakresie ochrony danych osobowych.

Dodatkowe informacje dotyczące postępowania z danymi osobowymi wraz określeniem przysługujących praw osobom, które powierzyły SPKSO dane osobowe znajdują się na stronie internetowej administratora danych osobowych

**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **NAZWA** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDN. NETTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT**  **%** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **OFEROWANY PRODUKT**  (nazwa/typ/nr kat.)\* | **PRODUCENT**  (nazwa, kraj pochodzenia) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | SKŁAD ZESTAWU: 1. serweta do obłożenia stolika operacyjnego, która jest jednocześnie opakowaniem zestawu, 75 x 90 cm -1 szt. 2. serweta operacyjna z folią samoprzylepną i workiem ociekowym (przecięta) 50 x 60cm -1 szt. 3. rozwórka druciana giętka 0,9 mm - 1 szt. 4. miarka (cyrkiel) do wyznaczenia części płaskich ciała rzęskowego (miejsce iniekcji wewnątrzgałkowej) 3,5/4,0 mm - 1 szt. 5. patyczki absorpcyjne - 2 szt. | **7 000**  op. |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |

\* Należy wpisać wszystkie informacje charakteryzujące produkt

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

*Pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*