…………………………, 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**

**Dostawę jałowych, apirogennych olei silikonowych 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 **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. ………………………………………

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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | J.M. | **ILOŚĆ**  | **ZAOFEROWANY PRODUKT (NAZWA HANDLOWA, TYP, NUMER KATALOGOWY)** | **PRODUCENT** | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO**  | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO** | **Podatek Vat (%)** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | Jałowy, apirogenny olej silikonowy 2000 (PDMS); lepkość 2000-24000mPa\*s, wsp. refrakcji 1,4, gęstość 0,97g/cm3 (parametry w temp 25 st. C); ampułko-strzykawka 10ml (tłok strzykawki oddzielnie) lub gotowa do użycia strzykawka (tłok strzykawki oddzielnie) | szt. | 250 |   |   |   |   | 8% |   |   |
| 2 | Jałowy, apirogenny olej silikonowy 5000 (PDMS); lepkość 5000-5900mPa\*s, wsp. refrakcji 1,4, gęstość 0,97g/cm3 (parametry w temp 25 st. C); ampułko-strzykawka 10ml (tłok strzykawki oddzielnie) lub gotowa do użycia strzykawka (tłok strzykawki oddzielnie) | szt. | 10 |   |   |   |   | 8% |   |   |
|  |  |  |  | Razem |  |  |  |  |   |   |

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

 *Pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*