…………………………, 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 materiałów opatrunkowych**

**ZO/2/2023/DF**

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. Działu Farmacji Szpitalnej 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 **12 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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Materiały opatrunkowe  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LP. | OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA | j.m. | ILOŚĆ | Zaoferowany produkt (nazwa/ typ/ numer katalogowy) | Producent | Cena jedn. netto | Cena jedn. brutto | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | Kompresy gazowe niejałowe 17 nitkowe, 8 warstwowewielkość: 5 x 5 cm;pakowane w opakowania zawierające 100 sztuk; | op. | 2000 |   |   | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2. | Kompresy gazowe niejałowe 17 nitkowe, 8 warstwowewielkość: 10 x 10 cm;pakowane w opakowania zawierające 100 sztuk; | op. | 2000 |   |   | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 3. | Serweta chłonna jałowa 40 cm x 40 cm x 1 szt. | szt. | 5000 |   |   | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 4. | Wata celulozowa bielona niskopylącaw arkuszach 40 cm x 60 cmpakowana x 5 kg | op. | 20 |   |   | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 5. | Kompresy z waty celulozowej w rolce 4cm x 5 cm, niejałowe, opakowanie rolka x 500 szt. | rolka | 200 |   |   | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|  |  |  |  |   | Suma |  |  | 0,00 | 0,00 |

 *Pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*