…………………………, 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 gazów medycznych wraz z dzierżawą urządzeń do ich magazynowania**

**ZO/2/2024/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. 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 18 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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Załącznik nr 1 Gazy medyczne** |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. Miary | Ilość szt. | Cena jednostkowa netto za szt. | Wartość netto | Stawka podatku VAT %  | Wartość brutto | Nazwa handlowa, |
| nr katalogowy (jeżeli posiada) identyczny jak na fakturze, |
| Nazwa producenta |
| kod EAN (jeżeli posiada) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | Podtlenek azotu: butle o pojemności 10l zawierające 7 kg gazu | szt. | 16 |   |   |   |   |   |
| 2 | Podtlenek azotu: butle o pojemności 40l zawierające 28 kg gazu  | szt. | 8 |   |   |   |   |   |
| 3 | Tlen medyczny: butle o pojemności 40l zawierające 6,4 m3 gazu | szt. | 560 |   |   |   |   |   |
| 4 | Tlen medyczny: butle o pojemności 10l zawierające 1,6 m3 gazu | szt. | 10 |   |   |   |   |   |
| 5 | Tlen medyczny w butlach 2l | szt. | 1 |   |   |   |   |   |
| 6 | Tlen medyczny w butlach 2l z zaworem zintegrowanym  | szt. | 10 |   |   |   |   |   |
| RAZEM |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **Załącznik nr 2 - Dzierżawa butli**  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. Miary | Ilość na dobę | Ilość na 24 miesiące | Wartość netto | Cena jednostkowa netto za szt. | Wartość brutto | Nazwa handlowa\*, |
| nr katalogowy (jeżeli posiada) identyczny jak na fakturze, |
| Nazwa producenta |
| kod EAN (jeżeli posiada)\* |
| 1 | Dzierżawa butli 40l na tlen medyczny  | szt. | 45 |   |   |   |   |   |
| 2 | Dzierżawa butli 10l na tlen medyczny  | szt. | 8 |   |   |   |   |   |
| 3 | Dzierżawa butli 40l na podtlenek azotu  | szt. | 2 |   |   |   |   |   |
| 4 | Dzierżawa butli 10l na podtlenek azotu  | szt. | 8 |   |   |   |   |   |
| 5 | Dzierżawa butli 2l na tlen medyczny  | szt. | 1 |   |   |   |   |   |
| 6 | Dzierżawa butli 2l z zaworem zintegrowanym na tlen medyczny  | szt. | 6 |   |   |   |   |   |
| RAZEM |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **Załącznik nr 3 -Transport butli**  |  |  |  |  |  |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | Jedn. Miary | ilość transportów w ciągu 24 miesięcy | Cena jednostkowa | Wartość netto | Stawka podatku VAT % | Wartość brutto |
| 7 | Transport medyczny | szt. | 60 |   |   |   |   |
| RAZEM |  |  |  |  |

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

 *Pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*