Załącznik nr 1 do umowy

………….…….………..

*Pieczęć Wykonawcy*

Znak sprawy: **ZP-1163-20****17**

## FORMULARZ OFERTOWY

### Pożądane jest złożenie oferty na druku jak niżej przedstawiono w formie pisemnej

* 1. Dane wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Pełna nazwa: |  |
|  | Adres, ulica: |  |
|  | Kod, miejscowość: |  |
|  | Województwo: |  |
|  | Numer telefonu: |  |
|  | Numer faksu: |  |
|  | Adres e-mail: |  |
|  | REGON, NIP: |  |

**II.** Oferujemy przyjęcie do wykonania przedmiotu zamówienia, którego zakres określono we wzorze umowy na:

**Dostawę 65 sztuk materacy szpitalnych wraz z pokrowcami oraz 14 sztuk dodatkowych pokrowców na materace.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Wymagane parametry minimalne:** | | | **Parametry wymagane** | **Parametr oferowany**  **wymagany lub równoważny**  **(należy podać opis)** |
| 1. | | Wymiary: 200cm x 90 cm x 12 cm | | | TAK |  |
| 2. | | Wypełnienie materaca: pianka poliuretanowa, elastyczna, o gęstości od 25 do 35 kg/m³ | | | TAK |  |
| 3. | | Pokrowiec: materiał paroprzepuszczalny, zmywalny, nieprzemakalny (nie przepuszcza cieszy i roztoczy do wewnątrz), zamykany na zamek błyskawiczny z co najmniej 2 stron | | | TAK |  |
| 4. | | Konserwacja: możliwość prania mechanicznego w wodzie | | | TAK |  |
| 5. | | Możliwość czyszczenia chemicznego | | | TAK |  |
| 6. | | Możliwość dezynfekcji parą wodną | | | TAK |  |
| 7. | | Możliwość sterylizacji w autoklawach | | | TAK |  |
| 8. | | Certyfikat zgodności CE, wpis do rejestru wyrobów medycznych lub inny dokument równoważny | | | TAK |  |
| 9. | | **Gwarancja**: minimum 12 miesięcy | | | TAK |  |
| **Materace szpitalne wraz z pokrowcami – 65 sztuk:** | | | | | | |
|  | Cena jednostkowa netto: | |  | | | |
|  | Cena jednostkowa brutto: | |  | | | |
|  | Wartość netto: | |  | | | |
|  | Wartość netto słownie: | |  | | | |
|  | VAT: | | **% -** ….. | kwota - | | |
|  | VAT słownie: | |  | | | |
|  | Wartość brutto: | |  | | | |
|  | **Wartość brutto słownie:** | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pokrowce na materace szpitalne – 14 sztuk:** | | | |
|  | Cena jednostkowa netto: |  | |
|  | Cena jednostkowa brutto: |  | |
|  | Wartość netto: |  | |
|  | Wartość netto słownie: |  | |
|  | VAT: | **% -** ….. | kwota - |
|  | VAT słownie: |  | |
|  | Wartość brutto: |  | |
|  | **Wartość brutto słownie:** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Całkowita wartość zamówienia:** | | | |
|  | Wartość netto: |  | |
|  | Wartość netto słownie: |  | |
|  | VAT: | **% -** ….. | kwota - |
|  | VAT słownie: |  | |
|  | Wartość brutto: |  | |
|  | **Wartość brutto słownie:** |  | |

1. Potwierdzenie spełnienia wymagań:
2. Wykonawca oświadcza, że uzyskał wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty, zapoznał się ze wzorem umowy wraz z jej załącznikami i nie wnosi do niej żadnych uwag.
3. Wykonawca oświadcza, że cena określona w Formularzu ofertowym zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
4. W przypadku wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Załączniku nr 2 – wzór umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Nr konta na które zostanie zwrócone wadium:…………………………………………………………
6. **Do nadzoru nad realizacją umowy oraz do kontaktów z Zamawiającym, Wykonawca**

**upoważnia inspektora:** …………………………………………………………………………………

***(Imię i nazwisko, tel/fax, adres e-mail)***

1. Nr konta i nazwa banku Wykonawcy, na które będzie przekazywana płatność: ………………………………………………………………………………………………
2. Termin związania z ofertą wynosi 30 dni.
3. Integralną część niniejszej oferty jako załączniki stanowią poniższe oświadczenia i dokumenty:
4. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji
5. Dowód wniesienia wadium
6. ………………………………

OFERTA z załącznikami zawiera łącznie:…...... ponumerowanych i parafowanych stron.

…………............................………….

Miejscowość i data

…………………………………….

(podpisy osoby lub osób figurujących w rejestrach,

uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy

lub uprawnionych do reprezentowania

Wykonawcy we właściwym pełnomocnictwie)