**ZAŁĄCZNIK nr 2 do zaproszenia**

**OFERENT ZAMAWIAJĄCY**

**Wielospecjalistyczny Szpital**

**w Ostrowcu Świętokrzyski ul. Szymanowskiego 11**

**27 – 400 Ostrowiec Św.**

**Pieczęć Oferenta tel.041- 247-80-00**

**Regon: fax 041- 247-80-50**

**OFERTA do Sprawy ZO/04/2024**

Osoby upoważnione do występowania w imieniu firmy (***zgodnie z wpisem w rejestrze lub z załączonym na piśmie upoważnieniem )***

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

*imię i nazwisko stanowisko*

osoba upoważniona do kontaktu .............................................................................................................

tel.................................. e- mail ............................

osoba odpowiedzialna w sprawach realizacji przedmiotu zamówienia………..............................………

tel………………...…….. e- mail ……………….……

W związku z zapytaniem cenowym na **zakup** **i dostawę rejestratorów holterowskich EKG – 4 szt. stanowiące rozbudowę posiadanego przez Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim zestawu holterowskiego firmy Reynolds Medical – wg opisów zawartych w załączniku nr 1 – opis przedmiotu zamówienia** o wartości szacunkowej nie przekraczającej 130.000,00 złdla Wielospecjalistycznego Szpitala w Ostrowcu Świętokrzyskim:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym zaproszeniem do złożenia oferty za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opis** | **Jedn.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto** |
| **Pozycja nr 1** | | | | | | |
| Rejestrator holterowski EKG typ Lifecard 12-kanałowy | szt. | 2 |  |  |  |  |
| **Pozycja nr 2** | | | | | | |
| Rejestrator holterowski EKG typ Lifecard LFC 3-kanałowy | szt. | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |  |  |

*(potwierdzenie parametrów technicznych w załączniku nr 1)*

**Oświadczamy, że:**

* 1. 1. Posiadamy ważne deklaracje zgodności CE, oraz wpisy/zgłoszenia do rejestru wyrobów medycznych  
      oferowanych artykułów i zobowiązujemy się do natychmiastowego dostarczenia w/w dokumentów na  
      każde wezwanie zamawiającego.
  2. 2. Szczegółowe wytyczne dotyczące warunków gwarancji:
* okres gwarancji: .............(minimum 24 miesiące)
* ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany urządzenia na nowe ....... (max. 3 naprawy)

3. Nie zalegamy z opłatami podatku w Urzędzie Skarbowym.

4. Nie zalegamy z odprowadzaniem składek na Ubezpieczenie Społeczne.

5. Termin płatności - przelew ........... dni po otrzymania faktury (do 60 dni).

6. Całość zamówienia zrealizujemy w terminie – 2 tygodni od podpisania umowy.

7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją zaproszenia do złożenia oferty oraz Załącznikiem nr 1 i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.

8. Oświadczamy, że projekt umowy, stanowiący załącznik do zaproszenia do złożenia oferty został

przez nas zaakceptowany. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w nich warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

9. Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w zaproszeniu do złożenia oferty, tj. przez okres 30 dni.

………………………………………………………..

*podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

......................... dnia ................ 2024 r.