*Załącznik nr 1*

*Nr sprawy: ZP-Z.43.2024*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ........................................................................................................................................................................

NIP…………………………………………………………………… REGON ................................................................................

Nr telefonu: ...................................................Nr faxu ............................................ adres e΄mail …………..……………………….

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia   
o wartości szacunkowej netto nie przekraczającej 130 000 zł, na Dostawę cewki brzusznej Rezonansu Magnetycznego w SP ZOZ w Krasnymstawie proponujemy realizację zamówienia na następujących warunkach:

Cena netto………………………………………………………………………………………………..

Stawka VAT………………………………………………………………………………………………..

Cena brutto…………………………………………………………………………………………………

Słownie brutto:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Producent …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........

Kraj pochodzenia…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Rok produkcji…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Dane techniczne** | **Tak/nie** | **Parametr oferowany** |
|  | Czas dostawy nie dłużej niż 30 dni |  |  |
|  | Certyfikat CE |  |  |
|  | Wykonawca wykona test cewki w siedzibie Zamawiającego po zgodnie z wytycznymi producenta dla danej cewki |  |  |
|  | Wystawienie raportu serwisowego i wpis do paszportu technicznego po instalacji |  |  |
|  | Gwarancja min 12 miesięcy od dnia uruchomienia |  |  |
|  | W przypadku awarii w okresie gwarancji czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni |  |  |
|  | W przypadku gdy czas naprawy przekracza 10 dni roboczych wykonawca zobowiązany jest dostarczyć cewkę zastępczą |  |  |

*Parametry określone jako „TAK” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Samodzielny Publiczny Zespół opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw , KRS 0000097765 w celu związanym z prowadzonym postępowaniem „na dostawę cewki brzusznej Rezonansu Magnetycznego SP ZOZ w Krasnymstawie „

Oświadczam, że dane osobowe podaję dobrowolnie i zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik Nr 2 do zapytania ofertowego w postępowaniu na „na dostawę cewki brzusznej Rezonansu Magnetycznego SP ZOZ w Krasnymstawie” w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiani, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem.

1. Oświadczam, że wraz z ofertą składam następujące dokumenty:

……………………………………………………………..

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

…………………………………………………………….. ……………………………………………………

*Miejscowość i data Podpis Wykonawcy*