**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO JEDNORAZOWEGO UŻYTKU.**

**Dane dotyczące Wykonawcy ( w przypadku konsorcjum lidera konsorcjum):**

Nazwa....................................................................................................................

Adres ..................................................................................................................

Nr telefonu/faks..............................................e-mail: ...................................................

NIP .................................................. REGON ....................................................................

#### Dane partnera lidera Konsorcjum (jeżeli dotyczy ):

Nazwa....................................................................................................................

Adres ..................................................................................................................

Nr telefonu/faks..............................................e-mail: ...................................................

NIP .................................................. REGON ....................................................................

zwanego /zwanych w dalszej części niniejszego formularza Wykonawcą.

Oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia na warunkach określonych **w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia** i dołączonych do niej **Załącznikach.**

**Ogólna wartość oferty brutto wynosi: ..................................... zł.**

(słownie: .......................................................................................................................................)

Na ogólną wartość oferty brutto składa się :

Pakiet nr 1 = ………………….zł. brutto (słownie …………………...………………………………. )

Pakiet nr 2 = ………………… zł. brutto (słownie: ……………………...…………………………… )

Pakiet nr 3 = ………………… zł. brutto (słownie: ………………………………...………………… )

Pakiet nr 4 = ………………… zł. brutto (słownie: ………………………………...………………… )

Pakiet nr 5 = ………………… zł. brutto (słownie: ………………………………...………………… )

Pakiet nr 6 = ………………… zł. brutto (słownie: ………………………………...………………… )

1. W przypadku gdy nasza oferta zostanie wybrana do realizacji **,** zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach określonych w SIWZ oraz zgodnie z istotnymi postanowieniami zawartymi we wzorze umowy.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte,
3. Osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia jest : ..................................... tel. ......................
4. Oświadczamy, że część zamówienia, ……………………………………. *(wskazać jaką)* powierzymy następującym podwykonawcom: ................................................(podać nazwę firmy)

*W przypadku wykonania zamówienia bez udziału podwykonawców wpisać 0 lub ---.*

**5. Oferujemy następujący termin realizacji dostaw odczynników: do ..................... dni**

**roboczych**\*

***Termin w którym każdorazowo nastąpi realizacja dostaw zamawianych odczynników licząc od momentu złożenia zamówienia***

*\** ***Dopuszczone przez Zamawiającego terminy realizacji dostaw wynoszą: 3, 4 lub 5***

***dni.***

(*W przypadku nie wypełnienia tego punktu – przyjmuje się, iż Wykonawca zaoferował 5*

*dniowy termin dostawy* ).

6. Oświadczamy, że zaoferowane wyroby medyczne, wskazane w formularzu cenowym, są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującą Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 876 z późn. zm.),

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………., dnia ..........................* | ..............................................................  *pieczęć i podpis Wykonawcy* |