Druk Oferta

**ZAMAWIAJĄCY**

Świętokrzyskie Centrum Onkologii ul. Artwińskiego 3   
 25-734 Kielce

Tel.041- 36-74-280

fax 041-36-74-071

**WYKONAWCA**

Nazwa Wykonawcy / Wykonawców przypadku oferty wspólnej **\*\***:

………………………………………………………………………

Adres: ……………………………………………………………

Tel…………………………………………..

REGON ……………………………………

NIP …………………………………….

**FAX, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję ………………………….**

-

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej umowę w imieniu firmy podpiszą:

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

**OFERTA**

W związku z ogłoszonym postępowaniem w trybie przetargu nieograniczonego powyżej 209 tys. Euro na**: „Zakup wraz z dostawą Radium dichloridum Ra 233 1100 kBq/ml dla Kliniki Endokrynologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.”,** zamieszczonym w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nr 2017/S ……. - ………….. z dnia ……………… r. oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym Specyfikacją istotnych warunków zamówienia za cenę całkowitą ustaloną zgodnie z formularzem cenowym:

1. SKŁADAMY OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ).
2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o zamówieniu, Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wyjaśnieniami i zmianami SIWZ przekazanymi przez Zamawiającego i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania.
3. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

**Radium dichloridium Ra 23 1100 kBq/ml**

Netto................................ zł. słownie...................................................

+ VAT.................................................

Brutto ............................... zł. , słownie ................................................

**Termin płatności - przelew do /min. 30 – max 60 dni/ ................. dni od daty wystawienia faktury.**

Oświadczamy, że ***należymy/nie należymy***\* do grupy małych i średnich przedsiębiorstw, zgodnie z definicją MŚP (małe i średnie przedsiębiorstwa) o której mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r., załącznik nr I do Rozporządzenia, art. 2.

Oświadczamy,że dostarczone wyroby zawarte w Pakiecie nr ………… będą zgodne z Ustawą z dnia 20.05.2010r. o Wyrobach Medycznych (Dz. U. nr 107 poz. 679). / CE/

Jeżeli wyrób medyczny będzie w innym języku niż j. polski to zobowiązujemy się dostarczyć użytkownikowi instrukcje używania i etykiety tego wyrobu w j. polskim do każdej dostawy.

**dotyczy/ nie dotyczy\*** niepotrzebne skreślić.

1. **INFORMUJEMY**, że:

- wybór oferty **nie będzie** prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego\*

- wybór oferty **będzie\*\*** prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*nazwa(rodzaj)towaru,  których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania.*

Wartość towarów lub usług powodująca obowiązek podatkowy u zamawiającego to ......................................................zł netto**\***.

1. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania

zamówienia.

1. Oświadczamy, że oferujemy stałość cen w trakcie trwania umowy.
2. Oświadczamy ze wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie określonym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

Wymagany termin wykonania zamówienia – sukcesywne dostawy w okresie:

12 miesięcy od daty podpisania umowy.

Termin realizacji zamówień jednostkowych w ciągu 28 dni kalendarzowych,

Warunki dostawy przy realizacji zamówień:

1. Dostawa leku następuje bezpośrednio od producenta do Zamawiającego (na adres wskazany w zamówieniu),
2. Dostawa następuje jeden dzień przed ustalonym terminem podania,
3. Dostawa możliwa jest w godzinach od 8.00 do 17:00 w określone dni tygodnia – od wtorku do piątku (brak możliwości dostawy w dni świąteczne – ustalony zostanie wtedy inny dzień dostawy).

Zamawiający wymaga by zaoferowany produkt leczniczy, po zamówieniu, dostarczany był bezpośrednio do Kliniki Endokrynologii Dział Medycyny Nuklearnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

1. Jesteśmy związani ofertą przez okres wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
2. Oświadczamy, że jeżeli wyrób medyczny będzie w innym języku niż j. polski, to zobowiązujemy się dostarczyć użytkownikowi instrukcje używania i etykiety tego wyrobu w j. polskim do każdej dostawy.
3. Oświadczamy, że projekt umowy, stanowiący załącznik do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, 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.
4. Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, tj. przez okres 60) dni, licząc od terminu składania ofert.

Informujemy o wniesieniu wadium o wartości:

............................ zł.

w następującej formie: ..........................................( w przypadku wadium wnoszonego w

formie pieniądza prosimy o podanie Banku...............................................................................

Nr.....................................................................na które należy zwrócić pieniądze ) .

1. Dokumenty stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa, zawarte na stronach od nr …… do nr ……….. w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, nie mogą być udostępniane do wglądu innym Wykonawcom, zostały złożone w odrębnej / niejawnej części oferty/ zgodnie z zapisem SIWZ w Rozdz. III.
2. Osobą odpowiedzialną za realizację wykonania zamówienia jest Pani / Pan ..........................................................................

Adres …………………………………….

Telefonu ......................................... fax ………………….

1. Oferta zawiera ......... stron kolejno ponumerowanych.

**Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są**

**( podać nr stron):**

Dokumenty i oświadczenia zgodnie z SIWZ:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ strona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ strona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ strona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ strona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ strona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data .................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania wykonawcy

*Informacja dla wykonawcy:*

*Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy  
 i przedłożony wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę..*

* *w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące pełnomocnika wykonawcy*