

FORMULARZ OFERTY

OFERTA

Ja (my),

Imiona i nazwiska osob reprezentujących wykonawcę

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy

| | |
|-------------------------|--|
| Pełna nazwa | |
| REGON | |
| NIP | |
| Adres | |
| Adres do korespondencji | |
| Nr telefonu | |
| Nr fax | |
| e-mail | |

Składamy ofertę, **na dostawy rękawic medycznych-diagnostycznych i chirurgicznych** do „Mazowieckiego Centrum Stomatologii” Sp. z o.o. siedzibą w Warszawie (nr sprawy: ZZ/08/16) i:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

Część 1- rękawice medyczne – diagnostyczne i chirurgiczne

- 1) **cena netto** zł (słownie:zł);
- 2) **VAT**.....zł (słownie:zł);
- 3) **cena brutto** zł (słownie:zł).

Część 2 - rękawice medyczne – diagnostyczne

- 1) cena netto zł (słownie:zł);
- 2) VAT.....zł (słownie:zł);
- 3) cena brutto zł (słownie:zł).

2. Oświadczamy, że cena brutto oferty obejmują wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem podatku od towarów i usług VAT, innych opłat i podatków, opłat celnych, zezwoleń, pozwoleń i certyfikatów. Cena brutto oferty wyczerpuje wszelkie należności Wykonawcy wobec Zamawiającego związane z realizacją Umowy. Wykonawcy nie przysługuje zwrot od Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów, opłat, ceł i podatków poniesionych przez Wykonawcę w związku z realizacją Umowy.
3. Zobowiązujemy się wykonać zamówienie przez okres **12 miesięcy** od dnia zawarcia umowy, lub do czasu wyczerpania ilości materiałów ujętych w „Kosztorysie(-ach) /Formularzu(-ach) asortymentowo-cenowym(-ych)”, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi wcześniej.
4. Oświadczamy, że termin przydatności asortymentu będącego przedmiotem umowy będzie nie krótszy niż **24 miesiące** od dnia dostawy, za wyjątkiem produktów, których termin ważności określony przez Producenta jest krótszy od wymaganego. W przypadku dostawy takich produktów termin ważności w chwili dostawy nie może być krótszy niż 2/3 terminu, który określił producent.
5. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia będzie fabrycznie nowy, wolny od wad, dopuszczony do obrotu na podstawie obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa oraz będzie odpowiadać wymogom określonym tymi przepisami, w szczególności ustawą z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. 2010 Nr 107, poz. 679 ze zm.).
6. Oświadczamy, że posiadamy wszelkie informacje potrzebne dla zrealizowania przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy, stanowiącym Załącznik nr 1 i nie wnosimy żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty, podpiszemy umowę na warunkach w nim zawartych w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego.
8. W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, osobami uprawnionymi do reprezentowania Wykonawcy przy podpisaniu umowy będą:
 - 1) (imię i nazwisko) (zajmowane stanowisko).....
 - 2) (imię i nazwisko)..... (zajmowane stanowisko).....a Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym jest:

p.o. Dyrektora ds. Administracyjnych Marcin BUGAJ tel.: (22) 556 94 00,
e-mail: m.bugaj@mcs-przychodnia.pl
9. Oświadczamy, że powierzamy/nie powierzamy** podwykonawcom wykonanie następującego zakresu oferowanego zamówienia:

**niepotrzebne skreślić. Brak skreślenia i niewypełnienie pola oznaczać będzie, że Wykonawca nie powierzy podwykonawcom wykonania zakresu oferowanego zamówienia.

10. Ofertę składamy świadomie i dobrowolnie.

11. Do oferty załączamy niżej wymienione dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)

*niepotrzebne skreślić.

..... dnia 2015 r.

.....
(czytelny podpis lub podpis z pieczętką imienną osoby (osób) upoważnionej (upoważnionych) do reprezentowania Wykonawcy)