Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

Nr 13/ZO/2023

**Formularz ofertowy do zapytania ofertowego nr 13/ZO/2023**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Paliatywnej w Suwałkach im. Jana Pawła II**

**z siedzibą w Suwałkach, ul. Szpitalna 54 , 16 – 400 Suwałki**

**OFERENT:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy:  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON: |  |
| KRS /CEIDG: |  |
| Tel./faks: |  |
| Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu: |  |
| e-mail:  |  |
| Numer konta bankowego na, które należy dokonać zapłaty : |  |

**Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:**

* 1. zapoznałem się z treścią zapytania dla niniejszego zamówienia,
	2. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią zapytania;

**Oferta cenowa na wykonanie usługi okresowych przeglądów technicznych, bieżących napraw i konserwacji aparatury medycznej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nr zadania***  | ***Nazwa urządzenia******Typ/ producent/rok produkcji***  | ***Ilość*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** | ***Wartość VAT*** |
| ***I*** | ***Kapnograf Capnogard 1265P*** | ***2*** |  |  |  |
| ***II*** | ***Elektrokardiograf(EKG) BTL-08 MD*** | ***1*** |  |  |  |
| ***III*** | ***Defibrylator LIFEPAK 1000*** | ***1*** |  |  |  |
| ***IV*** | ***Aparat przenośny USG******OPUS D*** | ***1*** |  |  |  |
| ***V*** | ***Densytometr OsCare Sono*** | ***1*** |  |  |  |
| ***VI*** | ***Aparat do podciśnieniowego leczenia ran Vivano Tec*** | ***1*** |  |  |  |
| ***VII*** | ***Lampa do fizykoterapii Sollux LS-3*** | ***1*** |  |  |  |
| ***VIII*** | ***Podnośnik jezdny ARKIMED RI705*** | ***1*** |  |  |  |
| ***IX*** | ***Podnośnik sufitowy GH3***  | ***2*** |  |  |  |
| ***X*** | ***Podnośnik sufitowy LUNA IPx4*** | ***14*** |  |  |  |
| ***X*** | ***Urządzenie do rehabilitacji chodu Ergo Trainer*** | ***1*** |  |  |  |
| ***XI***  | ***Macerator do pieluch „S” SLUICEMASTER*** | ***1*** |  |  |  |
| ***XI*** | ***Macerator do naczyń „N” INCOMASTER*** | ***1*** |  |  |  |
| ***XII*** | ***Respirator Trilogy100*** | ***2*** |  |  |  |
| ***XIII*** | ***Respirator Prisma Vent*** | ***1*** |  |  |  |
| ***XIV*** | ***Respirator Astral 100*** | ***18*** |  |  |  |
| ***XV*** | ***Materac zmiennociśnieniowy z pompą Autodec Roto***  | ***16*** |  |  |  |
| ***XVI*** | ***EKG przenośne Simplicard E110 typ 50*** | ***1*** |  |  |  |
| ***XVII*** | ***Analizator gazometrii Edan i151*** | ***1*** |  |  |  |
| ***XVIII*** | ***Wanna do kąpieli system 2000 Rhapsody***  | ***1*** |  |  |  |
| ***XVIII*** | ***Łóżko szpitalne Progressa Pulmonary*** | ***2*** |  |  |  |

**Oświadczenia:**

1. Zaproponowana cena uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
2. Do cen zostanie doliczony podatek VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie i załącznikach do niej są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.
4. Termin ważności oferty wynosi 30 dni kalendarzowych licząc od dnia upływu terminu na złożenie ofert.
5. Załącznikiem do niniejszego formularza jest: pełnomocnictwo w oryginale bądź poświadczone notarialnie w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika

Data....................................

…………………………………………………

 *(podpis osoby upoważnionej do składania oferty )*