**WYKONAWCA: ZAMAWIAJĄCY:**

 **Centrum Onkologii w Bydgoszczy**

 **im. prof. Franciszka Łukaszczyka**

 **ul. dr I. Romanowskiej 2**

**………………………………………… 85-796 Bydgoszcz**

***Nazwa i adres Wykonawcy***

**OFERTA**

W związku z zamieszczoną na stronie internetowej prośbą o złożenie oferty na ***dostawę odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i eksploatacyjnych do wykonywania badań parametrów krytycznych do dwóch analizatorów ABL 90 Flex Plus na okres 12 miesięcy*** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym zamówieniem za cenę:

Netto: …………………………. zł/ słownie: ………………………………………..

+ VAT …………………………

Brutto: …………………………. zł/ słownie ………………………………………..

Stałość cen w okresie trwania umowy, szczegółowy wykaz cen znajduje się w Załączniku nr 1 – Formularzu cenowym .

1. Termin płatności: przelew 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.
2. Termin obowiązywania umowy: 12 miesięcy.
3. Termin realizacji: zamówienia będą składane - faksem lub mailem, sukcesywnie w miarę potrzeb Zamawiającego. Dostawa partii przedmiotu umowy zostanie zrealizowana każdorazowo w terminie ***5 dni roboczych*** liczonych od dnia doręczenia Wykonawcy zamówienia.
4. Oświadczamy, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
5. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia (np. koszt dostawy – transportu towarów).
6. Oświadczamy, że zapewnimy transport towarów zgodny z warunkami wymaganymi dla danego wyrobu, zgodnie z zaleceniami producenta wraz z udokumentowaniem warunków transportu (np. użycie wskaźników temperatury, udostępnienie protokołu warunków transportu).
7. Firma zobowiązuje się dostarczyć Karty charakterystyk substancji chemicznych/ niebezpiecznych w formie pisemnej (papierowej lub elektronicznej) wraz z pierwszą dostawą odczynników oraz na wypadek ewentualnych zmian ich kolejne aktualizacje.
8. Oświadczamy, że oferowane odczynniki, kalibratory, materiały kontrolne i eksploatacyjne do wykonywania badań parametrów krytycznych zawarte w *Załączniku nr 1– Formularzu cenowym* spełniają wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych i posiadają aktualny wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych lub deklarację zgodności CE.
9. Oświadczamy, że firma jest autoryzowanym dystrybutorem oryginalnych odczynników, materiałów kontrolnych, kalibratorów, materiałów eksploatacyjnych do analizatorów *ABL 90 Flex Plus* do wykonywania badań parametrów krytycznych.
10. Oświadczamy, że firma zapoznała się i akceptuje zapisy wzoru umowy na *dostawę odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i eksploatacyjnych do wykonywania badań parametrów krytycznych do dwóch analizatorów ABL 90 Flex Plus na okres 12 miesięcy*.
11. Osobą odpowiedzialną za realizację wykonania umowy / do kontaktów ze strony Wykonawcy jest …..........................................., numer telefonu / mail: ……………… .
12. **Dane Wykonawcy:**

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

Adres : ………………………………………………………………………………….………

Numer telefonu kontaktowego: ………………………………………….,

numer faxu / mail, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję / jednostkowe zamówienia: ………………………..…………………………………… .

Firma wpisana do K.R.S pod nr: ……………. NIP …………………. REGON ……………

1. W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, umowę w imieniu firmy podpiszą osoby reprezentujące Wykonawcę – upoważnione do podpisania umowy:
2. ……………………………….. …………………………………

 stanowisko imię nazwisko

1. ……………………………….. …………………………………

 stanowisko imię nazwisko

…………………………….. ……………………………………………

Miejscowość, data Podpis/-y osób uprawnionych do

reprezentowania Wykonawcy

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

1. ***Załącznik nr 1 - Formularz cenowy***
2. ***Załącznik nr 2 - Wymagania do przedmiotu zamówienia*** na *dostawę odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i eksploatacyjnych do wykonywania badań parametrów krytycznych do dwóch analizatorów ABL 90 Flex Plus na okres 12 miesięcy.*
3. ……………………………………………………………………………………………….