**SPZOZ NZZP II 2400/11/18 Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**Dane dotyczące Wykonawcy :**

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu /faksu

Nr NIP

Nr REGON

e-mail:

**Dane dotyczące Zamawiającego:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku

ul. Szpitalna 16 , 37-200 Przeworsk

**Zobowiązania Wykonawcy**

1. Zobowiązuję się wykonać przedmiotzamówienia: dostawa pasków do glukometrów wraz z  użyczeniem glukometrów

Kwota netto

% VAT

Kwota VAT

Kwota brutto zł

(Słownie złotych)

2 Oferuję przedmiot zamówienia przy zastosowaniu parametrów techniczno-użytkowych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L p** | **Parametr oceniany** | **Ocena punktowa parametrów techniczno-użytkowych** | **Wpisać**  **oferowany parametr** |
| 1 | Czas odczytu pomiaru | 1) ≤ 5 sek. = 10 pkt.  2) > 5 sek. ≤ 8 sek. = 7 pkt  3) >8 sek. = 3 pkt. | 1)  2)  3) |
| 2 | Zakres pomiaru glukozy | 1) Zakres 10-600 mg/dL = 10 pkt.  2) Zakres 20-600 mg/dL = 7 pkt.  3) Zakres 20-500 mg/dL = 3 pkt. | 1)  2)  3) |
| 3 | Wielkość kropli krwi w próbce | ≤ 0,6 µl = 10 pkt.  > 0,6 µl ≤ 0,8 µl = 7 pkt.  > 0,8 µl = 3 pkt. | 1)  2)  3) |

3. Oświadczam , że :

3.1. Dostarczę w bezpłatne użyczenie 40 szt. glukometrów w terminie do 7 dni od dnia podpisania umowy

3.2. Cena brutto zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Wykonawca w przypadku wyboru niniejszej oferty .

3.3. Zapoznałem się ogłoszeniem i nie wnoszę zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.

3.4. W przypadku udzielenia zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego

3.5. Jestem związany z ofertą przez okres 30 dni od daty terminu składania ofert.

3.6. Akceptuję termin realizacji zamówienia

3.7. Podana w ofercie cena nie ulegnie zmianie.

3.8 Oświadczam, że akceptuję warunki załączonego projektu umowy.

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

Podpis i pieczątka uprawnionego

przedstawiciela wykonawcy

Miejscowość, data