|  |
| --- |
| **Załącznik nr 3 do Regulaminu** |

pieczęć zamawiającego

Znak sprawy **SZW.DE.SR.13/2019** Suwałki, dnia 27.06.2019r

………………………………….

…………………………………

(adres i nazwa wykonawcy)

**ZAPYTANIE CENOWE**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA** |

Zamawiający: **Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16 – 400 Suwałki**

zaprasza do złożenia ofert na:

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia: | Dostawa gazów medycznych wraz z dzierżawą i transportem butli na okres 12 miesięcy w ilości i asortymencie określonym w formularzu asortymentowo – cenowym oraz przeszkoleniem pracowników z obsługi butli z gazami wraz z osprzętem |
| Termin realizacji zamówienia: |  Od 01.08.2019r do 31.07.2020r |
| Okres gwarancji (jeżeli dotyczy): |  |
| Miejsce i termin złożenia oferty: | w siedzibie Zamawiającegodo08.07.2019r |
| Termin otwarcia ofert: | 09.07.2019r |
| Warunki płatności: | przelew 60 dni |
| Kryteria wyboru oferty: |  100% cena |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami: | Zbigniew Liszewski Tel (87) 56-29-599 |
| Sposób przygotowania oferty: | ofertę należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim |
| Wykonawca załączy do oferty : |  |
| Zamawiający zastrzega sobie prawo do: | a)zmiany lub uzupełnienia treści zapytania,b)unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyn; z tytułu unieważnienia postępowania Wykonawcom nie przysługuje żadne roszczenie w stosunku do zamawiającego,c)wezwania Wykonawcy, w przypadku stwierdzenia uchybień formalnych w ofercie, do złożenia w określonym terminie, stosownych oświadczeń, wyjaśnień lub dokumentów,d)poprawy omyłek rachunkowych w obliczeniu ceny (za zgodą wykonawcy), o czym poinformowani zostaną wszyscy wykonawcy składający ofertye)poprawy oczywistych omyłek pisarskich. |
| W przypadkach uzasadnionych specyfiką przedmiotu zamówienia, dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z Wykonawcą, który złożył najkorzystniejszą ofertę. | * TAK
* NIE
 |

 ………………………………………

 Data i Podpis osoby upoważnionej

|  |
| --- |
| **TREŚĆ OFERTY** |

Wykonawca: **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

składa ofertę na:

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia: | ………………………………………………………………… |
| Pełna nazwa Wykonawcy: | …………………………………………………………………………… |
| Adres Wykonawcy: | …………………………………………………………………………… |
| NIP: | ………………………………………………………………………….. |
| Regon: | ………………………………………………………………………….. |
| Telefon, fax., e-mail: | ………………………………………………………………………….. |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym: | ………………………………………………………………………….. |
| Nr rachunku bankowego: | ………………………………………………………………………….. |
| Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za: | Cena netto: ……………………………………………………….(słownie złotych)………………………………………………..VAT % ……………………………………………………………….Cena brutto: ……………………………………………………..(słownie złotych)………………………………………………. |
| Termin realizacji zamówienia: |   |
| Okres gwarancji: |   |
| Potwierdzam termin realizacji zamówienia do dnia: |   |
| Kryteria dodatkowe (jeżeli dotyczy) |   |
| Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym  | * TAK
* NIE
 |
| Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń | * TAK
 |
| Przystępując do postępowania Wykonawca akceptuje, warunki opisane w zapytaniu cenowym oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawi*a*jącego   |

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

(Data i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej) (pieczątka Wykonawcy)