…………………………….. ………………………

 Nazwa i adres oferenta ( miejscowość , data )

**Formularz ofertowy**

1. W związku z zapytaniem ofertowym na dostawę chłodziarki farmaceutycznej składamy ofertę na wykonanie powyższego zamówienia.
2. Dane Dostawcy:

Nazwa Dostawcy:………………………………………………………………………

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

Telefon: ………………………….. Fax: ……………………..NIP:……………………..

E-mail:………………………………….

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę

**Cena netto ………................**

**Podatek VAT ……………..**

**Cena brutto ……………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** |
| Lp | **Wymagane parametry techniczno- jakościowe**  | **Opis parametru****( tak/nie/opis)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Drzwi szklane |  |
| 2. | Wymiary zewnętrzne mm:- szerokość min. 620- wysokość min. 1860- głębokość min. 650 |  |
| 3. | Ilość półek min. 4 |  |
| 4. | Prosty w obsłudze mikroprocesorowy sterownik temperatury |  |
| 5. | Zewnętrzny wyświetlacz (LED) temperatury panującej w komorze |  |
| 6. | Niezależny rejestrator temperatury z powiadomieniami SMS |  |
| 7. | Zakres temperatury od 0°C do + 10°C |  |
| 8. | Regulacja temperatury co 0,1 °C |  |
| 9. | Komora zamykana na klucz |  |
| 10. | Obieg powietrza wymuszony |  |
| 11. | Okres gwarancji > 24 miesiące  |  |
| 12. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki w < 48 godz.  |  |

4. Oświadczamy, że

 1) Posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,

 jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;

1. Posiadamy niezbędna wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny ,a także dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
2. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
3. Zapoznaliśmy się z przedmiotem zamówienia;
4. Potwierdzamy termin dostawy chłodziarki farmaceutycznej do dnia ……………..….;
5. Wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.
6. Gwarantujemy ….. miesięczną gwarancję i rękojmię.
7. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Dyrektora Miejsko-Gminnego Zespołu Zakładów Opieki Podstawowej w Ścinawie zawartych w formularzu ofertowym oraz załącznikach w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania.

 ……………………………………….

 Podpis osób upoważnionych

 do reprezentowania Oferenta