Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

Załącznik nr 1

.....
pieczęć firmowa Wykonawcy

OFERTA DOT. KONKURSU OFERT
na.:

„Usługa farmaceutyczna polegająca na sporządzaniu mieszanin do żywienia pozajelitowego zgodnie z receptą/zleceniem lekarskim wraz z dostawą gotowej mieszaniny w postaci worków do żywienia pozajelitowego dla pacjentów Oddziałów Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-752 Katowice ul. Medyków 16."

Pełna nazwa Wykonawcy:

_____

Adres Wykonawcy:

ul. _____ nr _____

kod pocztowy _____ miejscowość _____

województwo _____

tel. _____ fax _____

Regon _____ NIP _____

KRS _____

Bank _____ Nr konta _____

Adres e-mail _____

PESEL i adres zamieszkania _____

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

(w przypadku przedsiębiorców prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą, a także w przypadku każdego ze wspólników spółki cywilnej)

W związku z konkursem ofert ogłoszonym na stronie internetowej www.gczd.katowice.pl, pod nazwą **„Usługa farmaceutyczna polegająca na sporządzaniu mieszanin do żywienia pozajelitowego zgodnie z receptą/zleceniem lekarskim wraz z dostawą gotowej mieszaniny w postaci worków do żywienia pozajelitowego dla pacjentów Oddziałów Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-752 Katowice ul. Medyków 16."**

1. **Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia** w zakresie objętym szczegółowymi warunkami konkursu na łączną kwotę:

Pakiet 1 : gotowe mieszaniny żywieniowe		
Wartość netto	VAT %	Wartość brutto
.....PLN słownie:	.....	.....PLN słownie: ....

2. **Oświadczamy,** że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu ofert i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
3. **Oświadczamy,** że zapoznaliśmy się ze Wzorem umowy (stanowiącym załącznik nr 4 do SWKO) i akceptujemy jego zapisy bez zastrzeżeń.
4. **Oświadczamy,** że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
5. **Oświadczamy,** że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
6. **Oświadczamy, że spełniamy następujące warunki:**
   a. Posiadanie kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile nie wynika to z odrębnych przepisów;
   b. Udokumentowanie sytuacji ekonomicznej lub finansowej w postaci oświadczenia złożonego przez podmiot osobom uprawnionym do reprezentacji podmiotu;
   c. Przedłożenie pełnomocnictwa odnośnie umocowania reprezentacji podmiotu;
7. Oświadczamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia odpowiada wymaganiom Zamawiającego określonym w specyfikacji asortymentowo-cenowej.

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

8.Termin płatności za dostarczany przedmiot zamówienia ustalamy na 60 dni.

9. Bez zastrzeżeń przyjmujemy warunki zawarcia umowy i w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej deklarujemy gotowość podpisania umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

10. Do kontaktów z naszą Firmą upoważniamy .....

tel. ..... fax. .....adres e-mail.....

11. Do oferty dołączamy następujące oświadczenia i dokumenty:

a/ .....zał. nr .....

b/ .....zał. nr .....

c/ .....zał. nr .....

data .....

.....
pieczątka i podpis Wykonawcy