

....., dnia

Załącznik nr 1
Zapytanie ofertowe znak 13/ZO/ZPU/2017

Nazwa i adres Wykonawcy

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.
ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane Wykonawcy:

1. Nazwa firmy:.....
2. Adres: województwo:powiat:
- miejsowość:..... kod pocztowy:.....
- ulica:.....nr.....
- tel:..... fax:..... e-mail:.....
3. Regon:..... 4. NIP:.....
5. Numer konta

II. Przystępując do postępowania – zapytanie ofertowe znak sprawy 8/ZO/ZPU/2017 na usługę farmaceutyczną polegającą na sporządzaniu mieszanin do żywienia pozajelitowego noworodków wraz z dostawą gotowej mieszaniny w postaci worków do Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o.

niniejszym oświadczamy, że oferujemy niżej przedstawione warunki realizacji umowy:

Lp.	Nazwa artykułu	J.m.	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT %	Wartość brutto
1	Worki startowe dla noworodków przedwcześnie urodzonych o masie ciała do 2000g wraz z transportem do siedziby zamawiającego o składzie: - glukoza, - aminokwasy, - wapń	worek	30				
2	Worki startowe dla noworodków o masie ciała powyżej 2000g wraz z transportem do siedziby zamawiającego o składzie: - glukoza, - aminokwasy, - wapń	worek	10				
3	Worki z mieszaniną do żywienia pozajelitowego pełnego (całkowitego/kompletnego) wraz z transportem do siedziby zamawiającego zawierającego: - glukoza - aminokwasy - lipidy - mikroelementy - elektrolity	worek	140				
4	Jednorazowy koszt dostawy CITO - NA RATUNEK		2				
RAZEM:							

Ceny jednostkowe netto oraz wyliczone wartości netto i brutto muszą być wyliczone do dwóch miejsc po przecinku.

1. Słownie wartość brutto.....
2. Termin realizacji zadania: dostawy sukcesywne do końca 2017 roku od daty zawarcia umowy.
3. Termin płatności: zapłata przelewem w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury VAT.
4. Minimalny okres gwarancji (przydatność do użycia) wynosi 30 dni od daty dostawy.

5. Termin realizacji/czas dostawy przedmiotu umowy 1 dzień roboczy. Pod pojęciem dzień roboczy Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy od daty otrzymania zamówienia nadesłanego faksem/e-mailem. Recepty będą przesyłane do godz. 12,00 w formie elektronicznej na adres Wykonawcy lub faxem pod nr
pizez uprawnionych lekarzy Zlecającego. Oryginały recept będą przekazywane Przyjmującemu zamówienie przy odbiorze gotowych mieszanin: w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku do godz. 14,00 w Oddziale Neonatologii w pozostałe dni oraz po godz. 14,00 w Oddziale Neonatologii w dni robocze. Zamówienie złożone do godz. 10,00 Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany zrealizować w tym samym dniu do godz. 18,00
6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wystania dodatkowych recept w trybie pilnym (CITO - NA RATUNEK). W taki przypadku dostawa musi zostać zrealizowana w tym samym dniu.

III. Akceptujemy warunki realizacji zamówienia wynikające z zapytania ofertowego i załączonego do niego wzoru umowy.

IV. Akceptujemy, iż Zamawiający zastrzega sobie możliwość odwołania lub nierozstrzygnięcia niniejszego postępowania bez podania przyczyn.

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

WYKAZ PREPARATÓW DO SPORZĄDZANIA WORKÓW DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO:	
	2
- Primere	
- Glukoza 40-70%	
- Smoflipid	
- Peditrace	
- Soluvit	
- Vitalipid	
- 15% KCl, MgSO ₄	
- 10% NaCl, Fosforany	
- 10% Calcium	