



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Świnoujście, 18/11/2016 r.

Znak sprawy: ZP/11.1/2016

**Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.**
ul. Mieszka I 7
72 – 600 Świnoujście
(zampub@szpital-swinoujscie.pl)

DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETRAGOWEGO PN.:

Dostawa i instalacja pomp strzykawkowych, stacji dokującej i statywu dla Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 styczeń 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze zm.) zawiadamia się, że w dniu **18-11-2016 r.** w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „siwz” zamówienia dokonano zmiany treści:

Było:

Załącznik nr 4 do SIWZ ZP/11.1/2016

FORMULARZ OFERTWOWY

na Dostawa i instalacja pomp strzykawkowych stacji dokującej i statywu dla Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.,

Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa.....

Siedziba.....

Adres e-mailowy:@.....

Nr telefonu..... Nr fax:

NIP.....

REGON.....

KRS:

Nr konta Bankowego:

Dane dotyczące Zamawiającego

Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7
72-600 Świnoujście

I. Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot zamówienia na następujących warunkach:

Lp.	Nazwa asortymentu	Postać	Nr katalogowy	j.m.	Ilość	Cena jedn. netto	Stawka %VAT	Cena jedn. brutto	Wartość netto	Wartość brutto
1	Pompa jednostrzykawkowa (opis w tabeli załącznik nr 1 do SIWZ)			szt.	3					

2	Pompa dwustrzykawkowa tj. komplet składający się z dwóch pomp jednostrzykawkowych (opis w tabeli załączniku nr 1 do SIWZ) i uchwytu, który umożliwia szybkie mocowanie i łatwy transport dwóch pomp jednocześnie, podłączenie do sieci za pomocą jednego kabla zasilającego, prosta i lekka konstrukcja (waga 0,5kg) pozwalająca na szybkie mocowanie do statywu			kpl.	2					
3	Stacja dokująca z zestawem 6 szt. pomp jednostrzykawkowych (opis w tabeli załącznik nr 1 do SIWZ)			kpl.	1					
4	Statyw jezdny (opis w tabeli załącznik nr 1 do SIWZ) kompatybilny ze stacją dokującą z poz 3.)			szt.	1					
Razem										

cena za dostawę i instalację przedmiotu zamówienia w wysokości: zł (słownie:) **netto** plus należny podatek VAT...% tj.....zł (słownie:), co łącznie stanowi wynagrodzenie w wysokościzł (słownie:) **brutto**.

II. Oświadczenia Wykonawcy:

- oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z warunkami przystąpienia do zamówienia określonymi w SIWZ oraz że uzyskałem/liśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty;
- oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego;
- oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z projektem umowy i nie wnoszę/simy w stosunku do niego żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszę/szemy umowę, której projekt stanowi załącznik do SIWZ;
- przedmiot zamówienia wykonam w **nieprzekraczalny** terminie **do 22 grudnia 2016 r.**,
- na sprzęt udzielam m-nej gwarancji (zgodnej z gwarancją producenta);
- oferowany sprzęt jest wolny od wad prawnych;
- w przypadku wyboru naszej oferty u Zamawiającego nie powstaje/powstanie¹ obowiązek podatkowy (zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług),

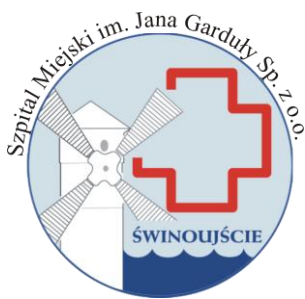
III. Inne informacje Wykonawcy:

.....

Miejscowość i data

.....
Podpis osoby (osób) uprawnionych

¹ niewłaściwe skreślić



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Zmienia się na:

Załącznik nr 4 do SIWZ ZP/11.1/2016

FORMULARZ OFERTWOWY

na Dostawę i instalację pomp strzykawkowych stacji dokującej i statywu dla Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.,

Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa.....

Siedziba.....

Adres e-mailowy:@.....

Nr telefonu..... Nr fax:

NIP.....

REGON.....

KRS:

Nr konta Bankowego:

Dane dotyczące Zamawiającego

Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7
72-600 Świnoujście

I. Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot zamówienia na następujących warunkach:

Lp.	Nazwa asortymentu	Postać	Nr katalogowy	j.m.	Ilość	Cena jedn. netto	Stawka %VAT	Cena jedn. brutto	Wartość netto	Wartość brutto
1	Pompa jednostrzykawkowa (opis w tabeli załącznik nr 1 do SIWZ)			szt.	3					
2	Pompa dwustrzykawkowa tj. komplet składający się z dwóch pomp jednostrzykawkowych (opis w tabeli załączniku nr 1 do SIWZ) i uchwytu, który umożliwia szybkie mocowanie i łatwy transport dwóch pomp jednocześnie, podłączenie do sieci za pomocą jednego kabla zasilającego, prosta i lekka konstrukcja (waga 0,5kg) pozwalająca na szybkie mocowanie do statywu			kpl.	3					

3	Stacja dokująca z zestawem 6 szt. pomp jednostrzykawkowych (opis w tabeli załącznik nr 1 do SIWZ)			kpl.	1					
4	Statyw jezdny (opis w tabeli załącznik nr 1 do SIWZ) kompatybilny ze stacją dokującą z poz 3.)			szt.	1					
Razem										

cena za dostawę i instalację przedmiotu zamówienia w wysokości: zł (słownie netto plus należny podatek VAT...% tj.....zł (słownie:), co łącznie stanowi wynagrodzenie w wysokościzł (słownie brutto.

II. Oświadczenia Wykonawcy:

- 1) oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z warunkami przystąpienia do zamówienia określonymi w SIWZ oraz że uzyskałem/liśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty;
- 2) oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego;
- 3) oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z projektem umowy i nie wnoszę/simy w stosunku do niego żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszę/szemy umowę, której projekt stanowi załącznik do SIWZ;
- 4) przedmiot zamówienia wykonam w **nieprzekraczalny** terminie **do 22 grudnia 2016 r.**,
- 5) na sprzęt udzielam m-nej gwarancji (zgodnej z gwarancją producenta);
- 6) oferowany sprzęt jest wolny od wad prawnych;
- 7) w przypadku wyboru naszej oferty u Zamawiającego nie powstaje/powstanie² obowiązek podatkowy (zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług),

III. Inne informacje Wykonawcy:

.....

Miejscowość i data

.....
Podpis osoby (osób) uprawnionych

Pozostałe zapisy SIWZ nie ulegają zmianie.

Prezes Zarządu
Szpitala Miejskiego im. Jan Garduły
w Świnoujściu sp. z o. o.
oryginał podpisu w dokumentacji postępowania
Dorota Konkolewska

² niewłaściwe skreślić