Załącznik nr 1 do zapytania cenowego

Nr sprawy : XXI-042-1-8/2023 Data: ……………….

**FORMULARZ OFERTOWY**

* 1. Nazwa wykonawcy: …………………………………………………………………………….
	2. Adres wykonawcy: ………………………………………………………………………………
	3. NIP: ………………………..
	4. telefon,…………………….. . e-mail;………………………………….
	5. Termin realizacji zamówienia; …………………………………………………………………..
	6. Oświadczenie ofertowe Wykonawcy:
	7. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

**- Cena za jedną sztukę kwadratu z kulą typu VESA:**

Cena netto: ……………….., podatek VAT:…………… cena brutto: …………………. zł.

**- Cena za cały przedmiot zamówienia ( 39 sztuk kwadratów z kulą typu VESA) :**

 Cena netto: ……………….., podatek VAT:…………… cena brutto: …………………. zł.

* 1. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym.
	2. Przedmiot zamówienia:

**MODEL I MARKA OFEROWANEGO SPRZĘTU:…………………………………………...**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganego parametru** | **Opis parametru oferowanego*(wpisać )*** |
| 1 | RAM Mount kwadratowa podstawa 12,07 cm |  |
| 2 | Kula o średnicy 3.81 cm |  |
| 3 | Rozstaw otworów 4 x 10 cm  |  |

* 1. Termin i warunki dostawy: Zobowiązuje się dostarczyć przedmiot umowy na własny koszt
	i ryzyko do siedziby Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, 31-530 Kraków ul. Łazarza 14,
	w terminie 7 dni od podpisania zlecenia dostawy**.**
	2. Zamówienie będzie realizowane po wystawieniu zlecenia dostawy.
	3. Przyjmuję do widomości i akceptuję, że zamawiający może naliczyć kary umowne:
1. Za niedotrzymanie terminu dostawy zamawiający może naliczyć kary umowne
w wysokości 1% wartości umowy za każdy rozpoczęty dzień zwłoki licząc od następnego dnia po terminie, w którym miała być dokonana dostawa.
2. Za zwłokę w usunięciu awarii lub uszkodzenia, za każdy rozpoczęty dzień zwłoki w wysokości 1 % wartości jednostkowej brutto przedmiotu zamówienia.
3. w przypadku odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy karę w wysokości 10% ceny (zawierającej podatek VAT) przedmiotu umowy.

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe wyraża zgodę na przesyłanie faktur w formie elektronicznej w pliku **pdf** na adres email **faktury@kpr.med.pl**., jak i za pośrednictwem Platformy Elektronicznego Fakturowania, Broker PEFexpert dostępnej pod adresem: <https://efaktura.gov.pl> (portal PEF) lub <https://brokerpefexpert.efaktura.gov.pl>.

 ………………………………

 podpis Wykonawcy