# szpital powiatowy w zawierciu

42-400 Zawiercie • ul. Miodowa 14 • tel/fax (032) 67-215-32 •

e-mail: [szpital@szpitalzawiercie.pl](mailto:szpital@szpitalzawiercie.pl)

Zawiercie, dn. 26.01.2016r.

**Dotyczy : postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na Wykonanie usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu. ZP/PN/63/2016 r. - opublikowanego w BZP w dniu 19.01.2017 r. pod numerem 10580-2017.**

W oparciu o art. 38 ust. 4 ustawy prawo zamówień publicznych dokonujemy zmiany treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia **w zakresie załącznika nr 2 do SIWZ**

Dyrektor Szpitala Powiatowego w Zawierciu

……………………………………..

Kierownik Zamawiającego

**1.67. Pakiet nr 67**

**1.67.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo– Ilościowo– Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.67.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.68. Pakiet nr 68**

**1.68.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo– Ilościowo– Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.68.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej faktury….. dni.**

1. Oświadczam/y, że powyższe ceny oferty zawierają wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, jakie ponosi **Zamawiający** w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w *Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia*, tj**. 30 dni** od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczamy (-y), że termin płatności faktur VAT za zobowiązania wynikające z realizacji umowy wynosi …….. dni kalendarzowych licząc od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT przez Zamawiającego (zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 8 marca 2013 r. *o terminach zapłaty w transakcjach handlowych* (Dz. U. z 2013r., poz. 403).

Oświadczamy (-y), że:

**Nie zamierzam (-y)** zlecać wykonania części zamówienia podwykonawcom\*.

**Zamierzam (-y)** zlecić podwykonawcom wykonanie następującej części zamówienia\*:

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Części zamówienia - jakie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

1. Ofertę składam (-y) na ……. kolejno ponumerowanych stronach.

…....................................... , dnia …..................................

….......................................................................

Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)

do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej

do występowania w jego imieniu

\* niepotrzebne wykreślić lub pominąć skreślić

\*\* powtórzyć odrębnie dla każdej części zamówienia,

na którą składana jest oferta