**Załącznik nr 1**

**Formularz oferty**

***Dotyczy: dostawy pn.: „ Zakup osprzętu do Histeroskopii ’’***

Na podstawie zamówienia o wartości poniżej kwoty 130 000 złotych realizowane bez stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2019.0.2019) zwracamy się z zapytaniem ofertowym o cenę na dostawę pn.: „ Zakup osprzętu do Histeroskopii ’’.

**I. *Informacje o wykonawcy***

Nazwa Wykonawcy: ...............................................................................................................

w przypadku spółek cywilnych, jawnych, komandytowych, także; imiona i nazwiska wszystkich wspólników (jawnych) i ich adresy

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

* Adres siedziby Wykonawcy: ...................................................................................................
* telefon: ..............................................................................................................................
* faks: ..................................................................................................................................
* e-mail: ..............................................................................................................................
* NIP: .............................................................
* REGON: ......................................................
* KRS; ….........................................................
* Nazwa banku prowadzącego rachunek Wykonawcy: .............................................................
* Nr konta bankowego Wykonawcy: .........................................................................................
* Osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy/podpisywania umów:
* ......................................................................

imię i nazwisko tel/fax, e-mail

* ......................................................................

imię i nazwisko tel/fax, e-mail

**II. *Określenie parametrów oferowanych/Cena***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr/warunek wymagany** | **Parametr oferowany- proszę zaznaczyć odpowiednio** | |
| 1. | **Op** Optyka HOPKINS II 30 stopnia, śr. 2,9 mm, dł. 30 cm,  autoklawowalna. | TAK | NIE |
| 2. | Kosz druciany na 1 optykę sztywną o dł. rob. do 34 cm i śr. do 10 mm (wym. zew. 430x65x52 mm). | TAK | NIE |
| 3. | Osłonka na optykę. | TAK | NIE |
| 4. | światłowód śr. 2,5 mm, dł. 230 cm. | TAK | NIE |
| 5. | Irrigation, tubing set, PC. | TAK | NIE |
| 6. | Dren ssący (dwuczęściowy), długi, silikonowy, nadający się do sterylizacji, do pokrywy 20300034. | TAK | NIE |
| 7. | Dren odprowadzający. | TAK | NIE |
| 8. | Taca na zestaw do histeroskopii. | TAK | NIE |
| 9. | Płaszcz histeroskopowy wewnętrzny BETTOCCHI, rozm. 4,3 mm,  kanał inst. 5 Fr, do zastosowania z płaszczem 26153BO. | TAK | NIE |
| 10. | Płaszcz histeroskopowy zewnętrzny BETTOCCHI, rozm. 5,0 mm,  kanał inst. 5 Fr, do zastosowania z płaszczem 26153BI. | TAK | NIE |
| 11. | Nożyczki ostro zakończone, półsztywne, jedno ostrze ruchome, 5 Fr, dł. 34 cm. | TAK | NIE |
| 12. | Kleszcze chwytająco-biopsyjne, półsztywne, obie bransze ruchome, 5 Fr., dł. 34 cm. | TAK | NIE |
| 13. | Kulociąg HESSELING/ DI SPIEZIO SARDO, z kolcem, półsztywny, obie bransze ruchome, 5 Fr., dł. 34 cm. |  |  |
| 14. | Elektroda igłowa, waporyzacyjna, bipolarna, półsztywna, 5 Fr., dł. 36 cm. | TAK | NIE |
| 15. | Przewód kompatybilny z elektrodą igłową. | TAK | NIE |

**III. *Cena***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Produkt** | **Ilość kompletów** | **Cena za sztukę netto zł** | **Cena za sztukę brutto zł** | **Wartość netto**  **zł** | **Wartość brutto**  **zł** |
| Osprzęt do Histeroskopii | 2 |  |  |  |  |

* **termin realizacji zamówienia**: ……………………….

……………………………... ……………….……………………….

miejscowość, data podpis i pieczęć uprawnionego

przedstawiciela Wykonawcy