**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr CDW/1/2017**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Ja/My, niżej podpisany/i ……………………………………………………………………………………………………………………………….....

działając w imieniu i na rzecz: ..................................................................................................................................

( pełna nazwa Wykonawcy )

.................................................................................................................................................................

( adres siedziby Wykonawcy )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGON:** |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  **NIP:** |  |  |  | **-** |  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |

Adres e-mail: ..................................................................

 W nawiązaniu do zapytania ofertowego nr **CDW/1/2017** składam/y niniejszą ofertę na części:

**9.1.1. TERAPIA WIDZENIA:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz. nr | Przedmiot zamówienia | Jednostka | ilość | Pełna nazwa oferowanego urządzenia ze wskazaniem producenta oraz modelu**Należy wypełnić** | Potwierdzenie zaoferowania parametrów przez wykonawcę**Należy wskazaćTak/Nie** |
| 1 | **Oprogramowanie komputerowe do Terapii Widzenia** | szt | 1 |  |  |
| 2 | **Zestaw dedykowanych urządzeń i akcesoriów do Terapii Widzenia** | zestaw | 1 |  |  |
| 3 | **Sznur Brock’a** | szt | 12 |  |  |
| 4 | **Stereoskop zwierciadlany**  | szt | 2 |  |  |
| 5 | **Zestaw antysupresyjny TV Trainer czerwono-zielony**  | szt | 2 |  |  |
| 6 | **Zestaw antysupresyjny TV Trainer polaryzacyjny**  | szt | 2 |  |  |
| 7 | **Fipper akomodacyjny standardowy** | szt | 10 |  |  |
| 8 | **Fipper akomodacyjny pryzmatyczny** | szt | 2 |  |  |
| 9 | **Tranaglify nastawne** | szt | 2 |  |  |
| 10 |  **Wektogramy nastawne „Serso”** | szt | 2 |  |  |
| 11 | **Wektogramy nastawne „Bernell”** | szt | 2 |  |  |
| 12 | **Okulary polaryzacyjne „Stereo Optical”**  | szt | 2 |  |  |
| 14 | **Okulary czerwono-zielone „NM”** | szt | 6 |  |  |
| 15 | **Oprogramowanie komputerowe do Terapii Widzenia w domu pacjenta** | szt | 1 |  |  |

w której oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym za:

1. Cena oferty netto ……………………………………………….. PLN
2. Okres gwarancji …………………………….. miesięcy *(należy wskazać z miesiącach)*
3. Czas reakcji na zgłoszenie serwisowe............................godzin (*należy wskazać
w pełnych godzinach)*

**9.1.2. LECZENIE ZEZA:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz. nr | **Przedmiot zamówienia** | Jednostka | ilość | Pełna nazwa oferowanego urządzenia ze wskazaniem producenta oraz modelu**Należy wypełnić** | Potwierdzenie zaoferowania parametrów przez wykonawcę**Należy wskazaćTak/Nie** |
| 1 | **Synoptofor** | szt | 1 |  |  |

w której oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym za:

1. Cena oferty netto ……………………………………………….. PLN
2. Okres gwarancji …………………………….. miesięcy *(należy wskazać z miesiącach)*
3. Czas reakcji na zgłoszenie serwisowe............................godzin (*należy wskazać
w pełnych godzinach)*

**9.1.3. DIAGNOSTYKA MOBILNA:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz. nr | **Przedmiot zamówienia** | Jednostka | ilość | Pełna nazwa oferowanego urządzenia ze wskazaniem producenta oraz modelu**Należy wypełnić** | Potwierdzenie zaoferowania parametrów przez wykonawcę**Należy wskazaćTak/Nie** |
| 1 | **Lampa Szczelinowa (biomikroskop) przenośny** | szt | 1 |  |  |
| 2 | **Tonometr przenośny** | szt | 1 |  |  |
| 3 | **Autorefraktometr przenośny** | szt | 1 |  |  |

w której oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym za:

1. Cena oferty netto ……………………………………………….. PLN
2. Okres gwarancji …………………………….. miesięcy *(należy wskazać z miesiącach)*
3. Czas reakcji na zgłoszenie serwisowe............................godzin (*należy wskazać
w pełnych godzinach)*

**9.1.4. REFRAKCJA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz. nr | **Przedmiot zamówienia** | Jednostka | ilość | Pełna nazwa oferowanego urządzenia ze wskazaniem producenta oraz modelu**Należy wypełnić** | Potwierdzenie zaoferowania parametrów przez wykonawcę**Należy wskazaćTak/Nie** |
| 1 | **Autorefraktokeratometr** | szt | 1 |  |  |
| 2 | **Foropter elektroniczny** | szt | 1 |  |  |
| 3 | **Wyświetlacz optotypów** | szt | 1 |  |  |
| 4 | **Dioptromierz elektroniczny** | szt | 1 |  |  |
| 5 | **Kaseta okulistyczna z oprawą probierczą** | szt | 1 |  |  |

w której oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym za:

1. Cena oferty netto ……………………………………………….. PLN
2. Okres gwarancji …………………………….. miesięcy *(należy wskazać z miesiącach)*
3. Czas reakcji na zgłoszenie serwisowe............................godzin (*należy wskazać
w pełnych godzinach)*

**9.1.5. DIAGNOSTYKA OKULISTYCZNA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz. nr | **Przedmiot zamówienia** | Jednostka | ilość | Pełna nazwa oferowanego urządzenia ze wskazaniem producenta oraz modelu**Należy wypełnić** | Potwierdzenie zaoferowania parametrów przez wykonawcę**Należy wskazaćTak/Nie** |
| 1 | **Biomikroskop(Lampa-Szczelinowa) Digital** | szt | 1 |  |  |
| 2 | **Tonometr z Pachymetrią** | szt | 1 |  |  |
| 3 | **Unit okulistyczny** | szt | 1 |  |  |

w której oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym za:

1. Cena oferty netto ……………………………………………….. PLN

1. Okres gwarancji …………………………….. miesięcy *(należy wskazać z miesiącach)*
2. Czas reakcji na zgłoszenie serwisowe............................godzin (*należy wskazać
w pełnych godzinach)*

**9.1.6. DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz. nr | **Przedmiot zamówienia** | Jednostka | ilość | Pełna nazwa oferowanego urządzenia ze wskazaniem producenta oraz modelu**Należy wypełnić** | Potwierdzenie zaoferowania parametrów przez wykonawcę**Należy wskazaćTak/Nie** |
| 1 | **SOCT** | szt | 1 |  |  |
| 2 | **Stojak pod komputer A-I-O do SOCT i Perymetru** | szt | 2 |  |  |
| 3 | **Perymetr** | szt | 1 |  |  |
| 4 | **Zestaw komputerowy do Perymetru** | zestaw | 1 |  |  |

w której oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym za:

1. Cena oferty netto ……………………………………………….. PLN

1. Okres gwarancji …………………………….. miesięcy *(należy wskazać z miesiącach)*
2. Czas reakcji na zgłoszenie serwisowe............................godzin (*należy wskazać
w pełnych godzinach)*

**9.1.7. OPTYKA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz. nr | **Przedmiot zamówienia** | Jednostka | ilość | Pełna nazwa oferowanego urządzenia ze wskazaniem producenta oraz modelu**Należy wypełnić** | Potwierdzenie zaoferowania parametrów przez wykonawcę**Należy wskazaćTak/Nie** |
| 1 | **Skaner opraw** | szt | 1 |  |  |

w której oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym za:

1. Cena oferty netto ……………………………………………….. PLN

1. Okres gwarancji …………………………….. miesięcy *(należy wskazać z miesiącach)*
2. Czas reakcji na zgłoszenie serwisowe............................godzin (*należy wskazać
w pełnych godzinach)*

**9.1.8. SPRZĘT KOMPUTEROWY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz. nr | **Przedmiot zamówienia** | Jednostka | ilość | Pełna nazwa oferowanego urządzenia ze wskazaniem producenta oraz modelu**Należy wypełnić** | Potwierdzenie zaoferowania parametrów przez wykonawcę**Należy wskazaćTak/Nie** |
| 1 | **Zestaw komputerowy stacjonarny** | zestaw | 1 |  |  |
| 2 | **Komputer przenośny/laptop** | szt | 1 |  |  |

w której oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym za:

1. Cena oferty netto ……………………………………………….. PLN

1. Okres gwarancji …………………………….. miesięcy *(należy wskazać z miesiącach)*
2. Czas reakcji na zgłoszenie serwisowe............................godzin (*należy wskazać
w pełnych godzinach)*

**Oświadczamy, że:**

1. Podane ceny oferty przy każdej z wyszczególnionych i uzupełnionych części niniejszego formularza ofertowego są cenami ryczałtowymi obejmującymi koszt wykonania poszczególnych części przedmiotu zamówienia w zakresie określonym zapytaniu ofertowym.
2. Termin realizacji przedmiotu postępowania został określony w zapytaniu ofertowym.
3. Uważam/y się związany/i niniejszą ofertą przez czas wskazany w zapytaniu ofertowym.
4. Ofertę składam/y na ........... kolejno ponumerowanych stronach.

.................................., dnia ..............................................

.........................................................................................................

 Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

.