



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach

ul. Bema 1, 24-100 Puławy
NIP 716-22-38-942 REGON 431205731
tel./fax 81 450 22 23

www.szpitalpulawy.pl

zp@szpitalpulawy.pl

L.dz. 122/231/2018

Puławy 06.04.2018 r.

Wykonawcy uczestniczący w postępowaniu nr ZM 13/230/2018

Dotyczy: Postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę i montaż aparatu RTG wraz z integracją z posiadanym systemem PACS/RIS dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach, opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych dnia 21.03.2018 roku pod nr 534565-N-2018.

MODYFIKACJA

Działając w trybie art. 38 ust. 4 ustawy z 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.), zwanej dalej ustawą Pzp, Zamawiający informuje o dokonaniu następujących zmian w treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia:

1. Zamawiający dokonuje zmiany w Załączniku nr 1 „Oferta”:

Załącznik nr 1 otrzymuje brzmienie:

Załącznik nr 1 do siwz

nazwa i adres siedziby Wykonawcy:

.....
.....

nr NIP

nr REGON

nr telefonu

nr faksu

e-mail

KRS/CEIDG

dane osoby upoważnionej do kontaktowania się z Zamawiającym:

.....
.....

OFERTA WYKONAWCY

1. Oferujemy dostawę aparatu rtg na warunkach i zasadach określonych w siwz po cenie ryczałtowej brutto na warunkach i zasadach określonych w siwz ZM 13/230/2018 po cenie zgodnej z ceną podaną w załączniku nr 6

brutto:

(cena brutto słownie:))

Czy wybór oferty będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego TAK/NIE*

Jeżeli Wykonawca wskaże TAK (powstanie obowiązek podatkowy u Zamawiającego) Wykonawca wskazuje rodzaj towaru/usługi, których ten obowiązek dotyczy (nazwa

Cena netto (bez VAT) (Uwaga! Dotyczy tylko dostaw/usług, dla których obowiązek podatkowy przechodzi na Zamawiającego).

Gwarancja: miesięcy (nie mniej niż 12 miesięcy)

Termin dostawy (realizacji zamówienia) (nie więcej niż 60 dni)

2. Oświadczamy, iż zaakceptowaliśmy termin realizacji przedmiotu umowy wskazany w części IV siwz oraz w umowie.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
5. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczamy, iż zamierzamy zlecić podwykonawcy następujące części zamówienia(wypełnić tylko w przypadku realizacji zamówienia przy udziale podwykonawców)
 - a) część nazwa podwykonawcy
 - b) część nazwa podwykonawcy
7. Integralną część niniejszej oferty stanowią dokumenty wymagane treścią rozdziału IX siwz.

..... dnia

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)

***Niepotrzebne skreślić**

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Puławach
Piotr Rybak

Dział/Sekcja	Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia
Sprawę prowadzi: imię i nazwisko	Jan Kowalczyk
Tel:	81 450 22 23
e-mail:	zp@szpitalpulawy.pl