|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** | | **WARMIŃSKO – MAZURSKI**  **ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ**  **11 – 400 KĘTRZYN**  **ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**  **tel. (089)750 30 35**  **tel. (89) 750 3036**  **tel. (089) 750 30 37**  **fax 89 750 37 26** | | **WYKONAWCA** | |  | | | |
| REGON: 510207605 | | | | | | | | | |
| Warunki płatności  Przelewem w terminie 21 dni od daty otrzymania towaru i prawidłowo wystawionej faktury | | |  | | | | | **Zapytanie z dnia 03.08.2022r.** | |
| Upoważniamy  Waszą firmę do wystawiania faktur vat bez składania podpisu osoby z naszej strony  uprawnionej ( upoważnionej)  Nasz numer identyfikacji podatkowej **NIP: 742 -000-73-89**, który prosimy umieścić na fakturze | | | | | | | | | |
| Lp | Nazwa towaru | | | | J.m. | Ilość | Cena netto | | Wartość brutto |
| 1 | **Półautomatyczny defibrylator AED iPAD SP1** urządzenie spełnia wymogi normy militarnej MIL-STD-810G,  automatyczne dostosowanie głośności do otaczających dźwięków,  tryb pediatryczny – bez konieczności zakupu dodatkowych akcesoriów,  wydajność: Przynajmniej 200 wyładowań w przypadku nowej baterii lub 8 godzin pracy w temperaturze pokojowej,  głośnik: Wydaje komendy głosowe, CU-SP1 analizuje poziom odgłosów otoczenia w trakcie pracy. W przypadku wysokiej głośności odgłosów z otoczenia,  urządzenie automatycznie zwiększa głośność komend by były wyraźnie słyszalne,  Skuteczność analizy EKG 92%,  6 sek. przerwy w RKO,  **Zestaw zawiera:**  uniwersalne elektrody (dla dzieci i dorosłych),  bateria z 5- letnim terminem ważności,  torbę transportową,  **Dodatkowe wymagania:**  Paszport techniczny  Instrukcja obsługi w języku polskim  Karta gwarancyjna | | | | zestaw | 1 |  | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | |  |

**WSTĘPNE WARUNKI ZAPYTANIA OFERTOWEGO:**

1. Termin realizacji dostawy po złożeniu przez nas zamówienia w formie elektronicznej –   
   do **29.08.2022 r.**
2. W przypadku zainteresowania Naszym zapytaniem ofertowym proszę o uzupełnienie Oferty oraz przesłanie **do dnia 10.08.2022r.** na adres mailowy **monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl**
3. Dane kontaktowe osoby ze strony Zamawiającego:

- sprawy finansowe: **Monika Nestorowicz 89 750 30 37, Józef WOŚ 89 750 30 35**

Osoba do kontaktów ze strony Oferenta - ……………………………………………………

tel. kontaktowy…………………………………………………………………….………….

1. Zamawiający wymaga, aby towar dostarczony był fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych.
2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za przekroczenie terminu realizacji zamówienia, o którym mowa w pkt.1 w wysokości 1% wartości niezrealizowanego zamówienia za każdy dzień opóźnienia.
3. Wykonawca oświadcza, że wyraża zgodę na potrącenie w rozumieniu art. 498 i 499 kodeksu cywilnego powstałej należności, o której mowa w pkt. 5. Jednocześnie Wykonawca oświadcza, że powyższe nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obarczone jakąkolwiek inna wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością.
4. W przypadku zaistnienia sytuacji, o której mowa w pkt. 5 zamawiający wystawi niezwłocznie notę zawierająca szczegółowe naliczenie kar umownych.
5. **Wykonawca ponosi koszty dostawy.**
6. Wykonawca jest zobowiązany do należytego zabezpieczenia towaru na czas przewozu i ponosi pełną odpowiedzialność za jego dostawę, kompletność, jakość i uszkodzenia w trakcie transportu.
7. Zamawiający zastrzega sobie prawo pozostawić do dyspozycji Wykonawcy zamawiany towar nie odpowiadający wymogom jakościowym i zażądać od Wykonawcy wymiany towaru   
   na pełnowartościowy.
8. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia od złożenia zamówienia.
9. Wykonawca udzieli gwarancji na zamówiony towar na okres 5 lat.
10. Z warunkami oferty zapoznałem się i akceptuję:…………………………………………….
11. Zamawiający zapłaci za dostarczony towar przelewem w ciągu 21 dni od daty otrzymania towaru i faktury VAT.
12. Informacje dodatkowe – uzupełniające do Oferty ze strony Oferenta. - ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kierownik SŁUŻBY Zdrowia

lekarz w Służbie Zdrowia

Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie

mjr SG Józef WOŚ

………………………………………

Data, podpis i pieczęć Zamawiającego

…………………………………………………..

Data, podpis i pieczęć oferenta ( Wykonawcy)