



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

Załącznik nr 1

..... ,
(pieczęć Dostawcy)

Formularz Ofertowy (wzór)

Nazwa oraz siedziba Dostawcy:.....

TELEFON:; FAX:

REGON:, NIP:

INTERNET: http:; e-mail:

Nazwa banku

Nr konta bankowego

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:.....

(imię nazwisko, tel. kontaktowy)

Osoba upoważniona do podpisania umowy:.....

(Imię i nazwisko, zajmowane stanowisko).

Oferta cenowa (w PLN), znak: 42/RC/ZP/ZZOZ/2019

Lp.	Nazwa asortymentu	j.m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	VAT %	Wartość VAT	Wartość brutto
1.								
2.								
Razem:						X		

Wartość oferty netto:..... zł, brutto:..... zł (słownie brutto:..... ./100),

1. Termin dostawy: (max.14 dni) od dnia złożenia zamówienia.
2. Okres gwarancji: (min. 24) miesiące od dnia dostawy.
3. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
4. Oświadczam/ y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/emy się do realizacji zamówienia na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym wraz z załączonym do niego projektem umowy.
5. Oświadczam/y, że zapoznałam/em/liśmy się z przedmiotem zamówienia określonym w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
6. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
7. Oświadczam/y, że spełniam/y warunki określone przez Zamawiającego w niniejszym Zapytaniu ofertowym.



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

8. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:

8.1.

8.2.

9. Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie zamówienia podwykonawcom

..... (podać nazwę firmy podwykonawcy)

10. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:

10.1.

10.2.

11. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia*.

..... ,
(miejsowość, data)

..... ,
(osoba uprawniona do
reprezentowania Dostawcy)

* - niepotrzebne skreślić