



# Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

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

**Załącznik nr 2**

..... ,  
(pieczęć Wykonawcy)

## Formularz Ofertowy (wzór)

Nazwa oraz siedziba Wykonawcy:.....

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).

Niniejsza oferta dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego znak: 34/RC/ZP/ZZOZ/2019

1. Wartość oferty netto: ..... zł brutto ..... zł (słownie brutto:..... /100)
2. Termin realizacji zamówienia: ..... (max 30) **dni roboczych** od dnia zawarcia umowy.
3. Okres gwarancji: ..... (min. 3) miesiące na czynności naprawcze i części zamienne.
4. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
5. Oświadczam/ y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu ofertowymi przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.
6. 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.
7. Oświadczam/y, że zapoznałam/em/liśmy się z przedmiotem zamówienia określonym w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
8. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
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\*.
12. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym zapytaniu. (W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13



## Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

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

*ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego przekreślenie/wykreślenie)."*

..... ,  
(miejsowość, data)

..... ,  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania  
Wykonawcy)

\* niepotrzebne skreślić