



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

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

Załącznik nr 1

.....
(pieczęć Wykonawcy)

Formularz ofertowy (wzór)

Nazwa, adres Wykonawcy;.....
.....

Regon: NIP:

Tel: Fax:

Internet: e-mail:

Nazwa banku:

Nr konta bankowego:

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

(Imię i nazwisko, numer telefonu)

Osoba upoważniona do podpisania umowy:

(Imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)

Oferta cenowa znak: 46/RC/ZP/ZZOZ/2019

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

2. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.

3. Termin realizacji zamówienia wraz z uruchomieniem: (max 14) dni roboczych od dnia zawarcia umowy.*

**UWAGA! Brak ocenianego parametru nie dyskwalifikuje oferty –powoduje jedynie brak dodatkowych punktów*

4. Termin gwarancji:

4.1 (min 24) miesiące na wykonaną usługę oraz asortyment.

4.2 (min 24) miesiące na obsługę serwisową.

5. Oświadczam/ y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zaproszeniu i przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.

6. Oświadczam/y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/emy się do wykonania przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w niniejszym zapytaniu ofertowym wraz z załączonym do niej wzorem umowy.

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

7.1.

7.2.



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

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

8. Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie podwykonawcom

(podać nazwę firmy podwykonawcy)

9. Części realizacji zamówienia, jakie powierzam/y podwykonawcy:

9.1.....

9.2.....

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

11. Oświadczam/y, że posiadam/y niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję/my potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

..... ,
(miejsowość, data)

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

**niepotrzebne skreślić*