



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 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: 54/RC/ZP/ZZOZ/2019

1. Wartość oferty netto: zł brutto zł (słownie brutto:..... /100)
2. Termin dostawy: (max 4) **tygodnie** od dnia zawarcia umowy.
3. Okres gwarancji: (min. 12) miesięcy.
4. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
5. Oświadczam/ y, że przeszkoliliśmy personel Zamawiającego w zakresie właściwej obsługi.
6. Oświadczam/ y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu ofertowym i przedmiotem zamówienia określonym w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
7. przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.
8. 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.
9. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
10. Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie zamówienia podwykonawcom
..... (podać nazwę firmy podwykonawcy)
11. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:
 - 11.1.
 - 11.2.
12. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia*.
13. 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).”

14. Oświadczam/y, że przedmiot zamówienia spełnia n/w warunki graniczne:

lp	Wymagane parametry	Podać oferowany parametr /opis–jeśli dotyczy
1.		
	Itđ.	

..... ,
(miejsowość, data)

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

* niepotrzebne skreślić