



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).

Niniejsza oferta dotyczy zapytania ofertowego znak: 59/RC/ZP/ZZOZ/2019

1. Wartość oferty netto: zł, brutto zł (słownie brutto:..... /100).
2. Termin dostawy: **do 22.12.2019r.** od dnia zawarcia umowy.
3. Okres gwarancji: (min. 2) **lata** na dostarczony samochód bez limitu kilometrów.
4. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
5. Oświadczam/y, że zapoznałem/ liśmy się ze Szczegółowym Opisem Przedmiotu Zamówienia oraz warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu ofertowym i przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.
6. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów finansowych.
7. Oświadczam/y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/ emy się do wykonania przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym z załączonym do niego projektem umowy.
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*.
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



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

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

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

13. Oświadczam/y, że przedmiot zamówienia spełnia n/w parametry:

Marka i model:

Rok produkcji (podać):

Pojazd fabrycznie nowy:

Nazwa i adres Wykonawcy adaptacji samochodu jako specjalny:

.....

lp	Wymagane minimalne parametry	Podać oferowany parametr, opis
itd	

Uwaga: W przypadku braku uzupełnienia w/w tabeli potwierdzającej oferowane parametry sprzętu, oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.

..... ,
(miejsowość, data)

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

* niepotrzebne skreślić