



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:

Nr faks do składania zamówień: Adres e-mail do składania zamówień:

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy

(Imię, Nazwisko, Nr. telefonu)

Osoba upoważniona do podpisania umowy.....

(Imię, Nazwisko, stanowisko)

Oferta cenowa (w PLN), znak: 32/RC/ZP/ZZOZ/2019

Lp	Nazwa asortymentu	j. m	Ilość	Cena jed. netto	Wartość netto	% VAT	Wartość VAT	Wartość brutto	Nazwa Producenta/nazwa handlowa - jeśli dotyczy	Kod produktu-jeżeli dotyczy
1.										
itd										
Razem										

*tabelę należy powtórzyć dla każdego oferowanego pakietu

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

2. Termin dostawy.....(max. 3) dni od dnia złożenia zamówienia. *

3. Termin rozpatrzenia reklamacji: (max. 7) dni od daty zgłoszenia.

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

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

6. W przypadku aktualizacji kart charakterystyki ich nowa wersja zostanie wysłana do Apteki Szpitalnej drogą e-maili na adres: apteka@zozwadowice.pl



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

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

7. Zobowiązuję/my się do dostarczenia kart charakterystyk zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE)nr 1907/2006 dotyczących bezpiecznego stosowania chemikaliów lub oświadczenia stwierdzającego brak konieczności posiadania w/w dokumentów wraz z pierwszą dostawą asortymentu.
8. Oświadczam/y, że zapoznałam/em/liśmy się z przedmiotem zamówienia określonym w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
9. Oświadczam/y, że spełniam/y warunki określone przez Zamawiającego w niniejszym Zapytaniu ofertowym.
10. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
11. 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.
12. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:
 - 12.1.
 - 12.2.
13. Oświadczam/y że oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania określone w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
14. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:
 - 14.1.
 - 14.2.
15. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia*.

..... ,
(miejscowość, data)

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

* niepotrzebne skreślić