



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

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

Załącznik nr 2

.....
(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, Nr. telefonu)

Osoba upoważniona do podpisania umowy.....

(Imię, Nazwisko, stanowisko)

Oferta cenowa (w PLN), znak: 53/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										

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

7. Zobowiązuję/my się do dostarczenia kart charakterystyk zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE)nr 1907/2006 dotyczących bezpiecznego stosowania chemikaliów lub



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

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

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 Dostawcy)

* niepotrzebne skreślić