



**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

**Załącznik nr 1**

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

**Formularz ofertowy**

Nazwa, adres Wykonawcy.....  
Regon: ..... NIP: .....  
Tel: ..... Fax: .....  
Internet: ..... e- mail: .....  
Nazwa banku: .....  
Nr konta bankowego: .....  
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy: .....  
Osoba upoważniona do podpisania umowy:.....  
(Imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)

**OFERTA CENOWA (w PLN) znak: ZO/49 /AA /2023**

Lp.	Nazwa asortymentu	j.m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	VAT %	Wartość VAT	Wartość brutto
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
<b>Razem:</b>							X	

1. Wartość oferty netto: ..... zł, brutto: ..... zł (słownie brutto: .....).
2. Termin dostawy: ..... **(max 30) dni** od dnia złożenia zamówienia.\*

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)





**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

3. Okres gwarancji: ..... (min.....) miesięcy od dnia dostawy.  
*\*UWAGA! Brak wpisania ocenianego parametru nie dyskwalifikuje oferty –powoduje jedynie brak dodatkowych punktów.*
4. Termin płatności: 30dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
5. Oświadczam/ y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu ofertowymi przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.
6. Oświadczam/ y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/ emy się do dostarczenia przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczam/y, że w przypadku wybrania mojej/naszej oferty wyrażam/y zgodę na podpisanie umowy w brzmieniu określonym we wzorze umowy.
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, 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 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego przekreślenie/wykreślenie)."*

(miejsowość, data)

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

*\*niepotrzebne skreślić*

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)



**DOLNY  
ŚLĄSK**



**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)



**DOLNY  
ŚLĄSK**