



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

**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 .....

Nr faks do składania zamówień .....

Adres email i nr fax do składania zamówień .....

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:.....  
(imię nazwisko, tel. kontaktowy)

Osoba upoważniona do podpisania umowy.....  
(imię nazwisko, stanowisko)

**OFERTA CENOWA (w PLN) znak: ZO/ 05 /AA/2024**

Dot. Saszetki do transportu materiału biologicznego z napisem BIOHAZARD (bezpieczne biologicznie) z dodatkową kieszenią na dokumenty, przeznaczone do transportu wewnętrznego i przechowywania materiałów biologicznych , spełniające normę UN 3373 ( oznaczenie normy piktogramem ), wymiary 154-181 x 255-270 mm/+5 mm, z metalicznym paskiem zabezpieczającym ścieżkę klejącą, wstępne nacięcia ułatwiające szybkie otwarcie, instrukcja w j. polskim, numeracja inkrementowana.

Lp.	Nazwa asortymentu	Nazwa handlowa	Ilość / j.m.	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	% VAT	Wartość VAT	Wartość brutto	Numer katalogowy	Nazwa producenta
1										
2 itd										
RAZEM:						X			X	



## Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

1. Wartość oferty netto: ..... zł, brutto: ..... zł (słownie brutto: ..... /100)
  2. Termin dostawy: ..... **dni roboczych** od dnia złożenia zamówienia .\*
- \*UWAGA! Brak wpisania ocenianego parametru nie dyskwalifikuje oferty –powoduje jedynie brak dodatkowych punktów.*
3. Termin płatności: 30 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
  4. Oświadczam/ y, że przedstawię /my na każde żądanie Zamawiającego karty techniczne produktów potwierdzające spełnienie wymagań określonych w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
  5. Oświadczam/ y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu ofertowym i przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.
  6. 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.
  7. Oświadczam/y że oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania określone w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
  8. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
  9. Oświadczam/y, że w przypadku wybrania mojej/naszej oferty wyrażam/y zgodę na podpisanie umowy w brzmieniu określonym we wzorze umowy.
  10. Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie 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 Dostawca 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 Dostawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego przekreślenie/wykreślenie)."*



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

..... ,  
(miejsowość, data)

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

*\*niepotrzebne skreślić*