



# 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, adres Dostawcy:.....

TELEFON: .....; FAX: .....

REGON: ....., NIP: .....

INTERNET: http: .....; e-mail: .....

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy:

.....  
(Imię i nazwisko, zajmowane stanowisko).

Oferta cenowa (w PLN), znak: ZP.26.2.28.2020

Lp	Nazwa asortymentu	j.m	Ilość	Cena jed. netto	Wartość netto	% VAT	Wartość VAT	Wartość brutto	Nazwa Producenta/nazwa handlowa
1.									
itd									
Razem						X			X

1. Wartość oferty netto: ..... zł, brutto ..... zł (słownie brutto:..... /100).
2. Termin dostawy: .....(**max. 5 dni roboczych** od dnia złożenia zamówienia.\*  
\*UWAGA! Brak wpisania ocenianego parametru nie dyskwalifikuje oferty –powoduje jedynie brak dodatkowych punktów.
3. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu.
4. 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.
5. Oświadczam/ y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu i przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.
6. Oświadczam/y, że oferowany asortyment spełnia wszystkie wymagania określone w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
7. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
8. Oświadczam/y, że spełniam/y warunki określone przez Zamawiającego w niniejszym Zapytaniu ofertowym.
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



## Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

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

---

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)."*

..... ,  
(miejscowość, data)

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

\* niepotrzebne skreślić