



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/51/AA /2023

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

1. Wartość oferty netto: zł, brutto: zł (słownie brutto:
2. Termin dostawy: **(max 30) dni** od dnia złożenia zamówienia.
3. Okres gwarancji: (min.....) miesięcy od dnia dostawy.*

• 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

www.szpital.wroc.pl



**DOLNY
ŚLĄSK**



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

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

4. Sposób płatności: 7 dni od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego w formie przelewu/ faktura PROFORMA (przedpłata). (proszę o podkreślenie sposobu płatności, niepodkreślenie żadnego oznacza wybranie 7 dni płatności).

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

www.szpital.wroc.pl

