



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:

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:
(Imię i nazwisko nr tel).

Osoba upoważniona do zawarcia umowy:
(Imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)

OFERTA CENOWA (w PLN) znak: ZP.26.2.26.2021

L.p	Nazwa asortymentu	Zapotrzebowanie na okres 3 lat	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	% VAT	Wartość VAT	Wartość brutto
1	EU4/620 x 390 x 50	36					
2	EU4/ 592x592x300/ 6k	180					
3	EU4/592x 287 x300/6k	288					
4	EU4/287x 287x 300/3k	54					
5	EU5/592 x 592x 300/6k	108					
6	EU5/592x 287x 300/6k	126					
7	EU7/592x 592x 500/ 8k	36					
8	EU7/592x 287x 500/8k	144					
9	EU7/287x 287x 500/4k	90					
10	EU9/592x 592x 500/8k	54					
11	EU9/592x 287x500/8k	54					
12	EU4/592x 490x 150/6k	36					
13	EU4/592x 592x 150/6k	72					
14	EU9/592x 490x 590/6k	18					
15	EU9/592x 592x 590/6k	54					
16	EU4/592x 490x 100	54					
17	EU4/592x 490x 95	72					
18	EU9/592x 287x 600/8k	18					
19	EU9/287x 287x 600/4k	18					
20	EU9/592x 592x600/8k	18					
21	EU4/945x 890x 100	36					
22	EU4/445x 390x 100	36					



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

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

23	EU4/592x592x360/6k	180					
24	EU4/592x 490x360/6k	30					
25	EU4/592x 287x 360/6k	30					
26	EU8/592x 592x 360/6k	30					
27	EU8/592x 287x 360/6k	30					
28	EU4/605x 690x 360/8k/50	72					
29	EU4/690x 245x 360/6k/50	144					
30	EU8/605x 690x 360/6k/50	36					
31	EU8/690x 245x 360/6k/50	72					
32	Filtr kasetowy plisowany M5 275x275x50	30					
33	Filtr kompaktowy F9 287x592x100, kołnierz 25mm	18					
Razem					X		

1. Wartość oferty netto: zł, brutto: zł (słownie brutto:).
2. Termin realizacji dostawy częściowej: (**max 14**) dni (od poniedziałku do piątku) od dnia złożenia zamówienia w godzinach od 7:00 do 14:00.*
**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 posiadam/y uprawnienia, kwalifikacje, niezbędną wiedzę i doświadczenie do realizacji przedmiotu zamówienia.
5. Oświadczam/y, że zapoznałem/ liśmy się ze Opisem Przedmiotu Zamówienia oraz warunkami określonymi w niniejszym zaproszeniu i przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.
6. Oświadczam/y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/ emy się do wykonania przedmiotu zamówienia na warunkach zawartych w zaproszeniu z załączonym do niego projektem umowy.
7. Oświadczam/y, że przewiduję/emy powierzenie zamówienia podwykonawcom
..... (podać nazwę firmy podwykonawcy)
8. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:
 - 8.1.
 - 8.2.
9. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia*.
10. 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



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

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

ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym zaproszeniu. *(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)."*

..... ,
(miejscowość, data)

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

*niepotrzebne skreślić