

FORMULARZ OFERTOWY

Składając ofertę w zapytaniu ofertowym nr DZP.2344.57.2024 na dostawę produktów leczniczych informujemy:

1. Dane dotyczące Wykonawcy:

Pełna nazwa Wykonawcy	
Adres siedziby	
Województwo	
NIP	
REGON	
KRS / CEiDG	
Nr telefonu, nr faxu	
adres poczty e-mail	

2. Oferujemy realizację dostawy zgodnie z formularzem cenowym, stanowiącym integralną część niniejszej oferty.

3. Oferowany przez nas termin płatności wynosi (wymagany pomiędzy 55 a 60 dni, inne terminy - odrzucenie oferty , proszę wpisać zaoferowany termin płatności)

dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury na następujący numer rachunku bankowego:

4. Oferowany przez nas czas dostawy wynosi (wymagany do 2 dni roboczych, inne terminy - odrzucenie oferty , proszę wpisać zaoferowany czas dostawy)

dni roboczych.

5. Oświadczamy, że zaoferowane wyroby medyczne, są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującą Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022r. oraz że kopie tych dokumentów zostaną dostarczone w terminie 5 dni od otrzymania pisemnego żądania Zamawiającego, dotyczącego dostarczenia ww. dokumentów.

6. Oświadczamy, iż wyrażamy zgodę na stałość cen na oferowany asortyment przez okres trwania umowy z zastrzeżeniem § 2 projektu umowy.

6. Oświadczamy, iż wybór naszej oferty nie będzie/będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w odniesieniu do

(należy wskazać nazwę/rodzaj towaru), których wartość bez kwoty podatku wynosi

7. Osobą odpowiedzialną za realizację Umowy ze strony Wykonawcy jest

tel.

e-mail

8. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO²⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.³⁾