



FORMULARZ OFERTOWY

OFERTA

***Dostawę artykułów technicznych przez okres 12 – miesięcy
do Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego
lokalizacja: 70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11***

A. DANE WYKONAWCY:

Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:.....

Wykonawca/Wykonawcy:.....

.....

.....

Adres:.....

.....

.....

.....

.....

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:.....

Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem: faks.....

e-mail.....

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby):

.....

.....

.....

B. SKŁADAMY OFERTĘ NA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA ZA CENĘ:

PAKIET NR 1 *)

Wartość zamówienia wynosi:

brutto:..... PLN

(słownie brutto PLN:)

netto: PLN

(słownie netto PLN:)

podatek VAT: PLN (słownie:)

zgodnie z załącznikiem cenowym nr 1/1 do formularza ofertowego

[Handwritten signatures]



PAKIET NR 2 *)

Wartość zamówienia wynosi:

brutto:..... PLN
(słownie brutto PLN:)
netto: PLN
(słownie netto PLN:)
podatek VAT: PLN (słownie:)

zgodnie z załącznikiem cenowym nr 1/2 do formularza ofertowego

PAKIET NR 3 *)

Wartość zamówienia wynosi:

brutto:..... PLN
(słownie brutto PLN:)
netto: PLN
(słownie netto PLN:)
podatek VAT: PLN (słownie:)

zgodnie z załącznikiem cenowym nr 1/3 do formularza ofertowego

PAKIET NR 4 *)

Wartość zamówienia wynosi:

brutto:..... PLN
(słownie brutto PLN:)
netto: PLN
(słownie netto PLN:)
podatek VAT: PLN (słownie:)

zgodnie z załącznikiem cenowym nr 1/4 do formularza ofertowego

PAKIET NR 5*)

Wartość zamówienia wynosi:

brutto:..... PLN
(słownie brutto PLN:)
netto: PLN
(słownie netto PLN:)
podatek VAT: PLN (słownie:)

zgodnie z załącznikiem cenowym nr 1/5 do formularza ofertowego

**) skreślić/usunąć odpowiednio część zamówienia (pakiet), której oferta nie dotyczy*

C. OŚWIADCZENIA:

- 1) Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w zapytaniu cenowym oraz we wzorze umowy;
- 2) W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
- 3) Zapoznaliśmy się formularzem ofertowym oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
- 4) Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres **30 dni** licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem);
- 5) Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować na zasadach opisanych we



SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE

71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4 Strona NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274

wzorce umowy w terminie **do 30 dni** od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT;

D. ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU ZAMÓWIENIA:

- 1) Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
- 2) Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest
e-mail:.....
tel./fax:;

E. SPIS TREŚCI:

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Oferta została złożona na kolejno ponumerowanych stronach.

.....
..... Data i podpis upoważnionego przedstawiciela
pieczęć Wykonawcy Wykonawcy

