

FORMULARZ OFERTOWY

Oferta na dostawę nici chirurgicznych, znak postępowania: PN/14/2016

Nazwa Wykonawcy

Adres Wykonawcy

Nr tel., fax, adres e-mail Wykonawcy

Nazwiska oraz funkcje/stanowiska osób umocowanych do podpisania umowy w zakresie zamówienia publicznego

Dane osoby upoważnionej do kontaktów z Zamawiającym przy realizacji przedmiotu zamówienia

Nr tel./faxu, adres e-mail, na który mają być składane zamówienia/reklamacje

Nr konta bankowego

Przedmiot zamówienia

1. Oświadczenie o oferowanej cenie:

Oferuję cenę za wykonanie zamówienia w następującej wysokości:

- a) cena netto:zł.
(słownie:)
- b) podatek od towarów i usług VAT zł.
(słownie:)
- c) cena brutto: zł.
(słownie:)

2. Oświadczenie o terminie płatności

Oferuję termin płatności w następującej wysokości:

Jeżeli Wykonawca nie określi terminu płatności Zamawiający do oceny ofert przyjmie minimalny termin wynoszący 30 dni.

3. Oświadczenie o akceptacji wymaganego terminu realizacji zamówienia

Oświadczam, że akceptuję wymagany termin realizacji zamówienia tj. sukcesywna dostawa przez okres 12 miesięcy od daty podpisania umowy.

4. Oświadczenie o akceptacji treści dokumentacji przetargowej

Oświadczam, że akceptuję treść SIWZ wraz z załącznikami i nie wnoszę do niej zastrzeżeń. Oświadczam, że uważam się za związanego z ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

5. Oświadczenie o akceptacji przedstawionych przez Zamawiającego warunków umownych realizacji zamówienia

Oświadczam, że bez zastrzeżeń przyjmuję przedstawione przez Zamawiającego warunki umowne realizacji zamówienia określone w istotnych postanowieniach umowy. Zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej/mojej oferty do zawarcia umowy na wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

6. Oświadczenie o powierzeniu części zamówienia podwykonawcy*:

TAK w jakiej części :

NIE

* odnośnie pkt. 6 niepotrzebne skreślić

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy