

.....
(Pieczęć wykonawcy)

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane wykonawcy:

Pełna nazwa oferenta, adres, telefon, fax

.....
adres ul.....
miejscowość, kod..... województwo.....
telefon.....
fax.....
mailto:.....
NIP.....
REGON.....

Osoba uprawniona do kontaktów w sprawie prowadzonego postępowania
tel.mailto:

Przedmiot oferty: Zakup i dostawa nici chirurgicznych.

My niżej podpisani

.....
.....
.....
.....

Działając w imieniu i na rzecz

.....
.....

Składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia w postępowaniu na: zakup i dostawę nici chirurgicznych.

Oświadczamy ze zapoznaliśmy się ze szczegółowymi warunkami przetargu, ustalonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowienia i zasadami postępowania.

2. Cena oferty:

Szczegółowy wykaz cen jednostkowych i sposób wyliczenia łącznej ceny ofertowej stanowi załącznik do oferty.

Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wypełnionym formularzem cenowym za kwotę w sumie :

| |
|--|
| netto, słownie:..... brutto, słownie..... powyższa kwota brutto zawiera podatek VAT w wysokości.....%. |
|--|

w tym:

Pakiet nr (powtórzyć zapis dla każdego pakietu oddzielnie, na który jest składana oferta)

..... netto,

słownie:

..... brutto,

słownie.....

Wymagane oświadczenia i dokumenty wymienione w SIWZ.

Dla wykazania wiarygodności ekonomicznej i technicznej naszej firmy oraz doświadczenia i praktyki w zakresie stanowiącym przedmiot niniejszego przetargu, przedkładamy oświadczenia i dokumenty wymagane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Potwierdzenie spełnienia wymogów dotyczących przedmiotu zamówienia.

Zapewniamy, że oferowany przez nas asortyment, stanowiący przedmiot zamówienia posiada odpowiednią jakość i właściwości użytkowe dopuszczające do stosowania w placówkach ochrony zdrowia.

3. Termin dostaw sukcesywnych dni robocze od złożenia zamówienia (nie dłużej niż 5 dni kalendarzowych); okres obowiązywania umowy – 12 M-CY.

4. Termin gwarancji/ważności oferowanych wyrobów medycznych, objętych niniejszym postępowaniem wynosim-cy (nie mniej niż 12 miesięcy od daty dostawy)

5. Warunki płatności. Termin zapłaty w ciągu 30 dni licząc od dnia otrzymania faktury przez zamawiającego.

6. Oświadczam/y/, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 60 dni od daty składania ofert.

7. Utrzymanie stałości cen. Zobowiązujemy się utrzymać stałość cen przez okres 12 miesięcy.

Jednocześnie oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych uwag.

W przypadku przyznania nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia pisemnej umowy, której treść zawiera SIWZ, w terminie i miejscu wyznaczonym przez zamawiającego.

8. Na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz innych wymagań określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia do oferty załączamy:

a)

b)

c)

itd.

Wszystkie strony naszej oferty wraz z załącznikami są ponumerowane i cała oferta składa się z stron.

....., dn.

(miejsowość)

.....
**Podpisy wykonawcy osób upoważnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy**