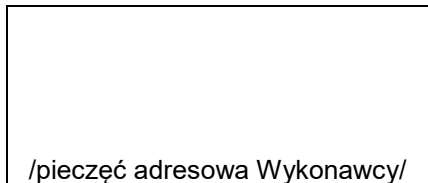




Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekłe Niepełnosprawnych  
oraz Niezależnych w Krakowie  
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501  
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia



/pieczęć adresowa Wykonawcy/

## **FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAMAWIAJĄCY:**  
***Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz  
Niezależnych w Krakowie  
ul. Wielicka 267  
30-663 Kraków***

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na „wykonanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej na rzecz pacjentów i pracowników Centrum”

**oferujemy realizację przedmiotu zamówienia**

**za cenę:**

brutto: ..... PLN (suma cen jednostkowych brutto z Załącznika nr 2 do Ogłoszenia).  
(cena do dwóch miejsc po przecinku)

słownie: .....

Ponadto:

1. Przedmiot zamówienia wykonamy **w terminie 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.**
2. W przypadku przyznania nam zamówienia, **zobowiązujemy się** do realizacji zamówienia **w terminach** wskazanych przez Zamawiającego i zgodnych z obowiązującymi przepisami prawnymi.
3. Oferta została złożona na .....**stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr .....do nr .....
4. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest  
Pani/Pan....., tel. ....,  
fax. ...., e-mail .....





Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekle Niepełnosprawnych  
oraz Niezależnych w Krakowie  
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501  
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

5. Posiadamy następujący numer konta bankowego: .....,  
numer NIP: .....oraz numer REGON .....
6. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazujemy .....  
.....  
.....  
(wypełniają tylko Wykonawcy, którzy prowadzą działalność gospodarczą, jako osoby fizyczne)

.....  
/ Miejscowość i data/

.....  
/Upoważnieni przedstawiciele Wykonawcy/

