



Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

/pieczęć adresowa  
Wykonawcy/

## **Formularz ofertowy**

### Dane Zamawiającego

Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków.

Nr telefonu: (12) 658-43-24.

Nr faxu: (12) 658-43-76.

e-mail: [sekretariat@zol.krakow.pl](mailto:sekretariat@zol.krakow.pl); strona WWW: [www.zol.krakow.pl](http://www.zol.krakow.pl)

### Oferta

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na **dostawę wyposażenia do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Krakowie realizowanego** w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oferuję (-my) realizację przedmiotu zamówienia za cenę\*:

\*należy wypełnić wybraną część/części zamówienia



### Część nr 1 – Aparat EKG na potrzeby DDOM

brutto: 3.996,00 zł

słownie: trzy tysiące dziewięćset dziewięćdziesiąt sześć złotych i 00/100.

~~Udzielamy rękojmi na sprzedany towar na okres 24 / 36 / 48 / 60 miesięcy.~~

~~Należy przekreślić wskazane okresy rękojmi tak, aby nie skreślony pozostał okres na jaki Wykonawca udziela rękojmi.~~

~~Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie .....dni od dnia zawarcia umowy.~~

~~należy wpisać termin realizacji zamówienia w dniach.~~

### Część nr 2 – Sprzęt medyczny na potrzeby DDOM

brutto: 5.705,94 zł

słownie: pięć tysięcy siedemset pięć złotych i 94/100.

~~Udzielamy rękojmi na sprzedany towar na okres 24 / 36 / 48 / 60 miesięcy.~~

~~Należy przekreślić wskazane okresy rękojmi tak, aby nie skreślony pozostał okres na jaki Wykonawca udziela rękojmi.~~

~~Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie .....dni od dnia zawarcia umowy.~~

~~należy wpisać termin realizacji zamówienia w dniach.~~

### Część nr 3 – Aparat do elektroterapii dla DDOM

brutto: .....zł

słownie: .....

~~Udzielamy rękojmi na sprzedany towar na okres 24 / 36 / 48 / 60 miesięcy.~~

~~Należy przekreślić wskazane okresy rękojmi tak, aby nie skreślony pozostał okres na jaki Wykonawca udziela rękojmi.~~

~~Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie .....dni od dnia zawarcia umowy.~~

~~należy wpisać termin realizacji zamówienia w dniach.~~



#### **Część nr 4 – Impulsowe pole elektromagnetyczne dla DDOM**

brutto: 23.723,10 zł

słownie: dwadzieścia trzy tysiące siedemset dwadzieścia trzy złote i 10/100.

~~Udzielamy rękojmi na sprzedany towar na okres 24 / 36 / 48 / 60 miesięcy.~~

~~Należy przekreślić wskazane okresy rękojmi tak, aby nie skreślony pozostał okres na jaki Wykonawca udziela rękojmi.~~

~~Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie .....dni od dnia zawarcia umowy.~~

~~należy wpisać termin realizacji zamówienia w dniach.~~

#### **Część nr 5 – Laser biostymulacyjny dla DDOM**

brutto: 10.800,00 zł

słownie: dziesięć tysięcy osiemset złotych i 00/100.

~~Udzielamy rękojmi na sprzedany towar na okres 24 / 36 / 48 / 60 miesięcy.~~

~~Należy przekreślić wskazane okresy rękojmi tak, aby nie skreślony pozostał okres na jaki Wykonawca udziela rękojmi.~~

~~Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie .....dni od dnia zawarcia umowy.~~

~~należy wpisać termin realizacji zamówienia w dniach.~~

Ponadto oświadczam iż:

1. Przedmiot zamówienia wykonam (-y) **w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy.**
2. W przypadku przyznania Nam / mojej osobie zamówienia, **zobowiązuję(my) się** do realizacji zamówienia **w terminie** wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oferta została złożona na ..... **stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr ..... do nr .....
4. Informuję także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest Pani/Pan....., tel. ...., fax. ...., e-mail .....
5. Posiadam(-y) następujący numer konta bankowego: ....., numer NIP: ..... oraz numer REGON .....



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



6. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazuję(-my) .....

.....  
.....

*(wypełniają tylko Wykonawcy, którzy prowadzą działalność gospodarczą, jako osoby fizyczne)*

.....  
/ Miejscowość i data/

.....  
/Upelnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76  
<http://www.zol.krakow.pl>

samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141