



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76
<http://www.zol.krakow.pl>
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do SIWZ

.....
/pieczęć adresowa firmy/

FORMULARZ OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:

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

Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie środków dezynfekcyjnych - oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

Część nr 1:

brutto:zł.

słownie:

Część nr 2:

brutto:zł.

słownie:

Ponadto:

1. Oświadczamy, że uważamy się **za związanych** niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ.
2. W przypadku przyznania nam zamówienia, **zobowiązujemy się** do zawarcia umowy **w miejscu i terminie** wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oferta została złożona na**stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nrdo nr
4. Niniejszym informujemy, iż informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od..... do..... stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
5. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest.....
tel:....., fax:....., e-mail:.....



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76
<http://www.zol.krakow.pl>
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

6. Posiadamy następujący numer konta bankowego:.....,
numer NIP:..... oraz numer REGON:.....

7. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazujemy
.....

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

8. **Jako termin płatności przyjmujemy termin 30 / 60 dniowy.**

9. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1/.....

2/.....

3/.....

4/.....

5/.....

6/.....

7/.....

8/.....

.....
/ Miejscowość i data/

.....
/podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)
do reprezentowania Wykonawcy/

W punkcie 8 należy wybrać odpowiedni termin płatności, pozostawiając bez przekreślenia przyjęty termin płatności, a przekreślając nieprzyjęty. Wybór jednego z podanych terminów jest niezbędny ze względu na przyjęte kryteria wyboru ofert.