



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

Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę do Zakładu Opiekuńczo – Lecznicy w Krakowie różnych artykułów spożywczych - oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

### Część nr 1:

brutto: .....zł.

słownie: .....

### Część nr 2:

brutto: .....zł.

słownie: .....

### Część nr 3:

brutto: .....zł.

słownie: .....

### Część nr 4:

brutto: .....zł.

słownie: .....

### Część nr 5:

brutto: .....zł.

słownie: .....



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

**Część nr 6:**

brutto: .....zł.

słownie: .....

**Część nr 7:**

brutto: .....zł.

słownie: .....

**Część nr 8:**

brutto: .....zł.

słownie: .....

**Część nr 9:**

brutto: .....zł.

słownie: .....

**Część nr 10:**

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 nr .....do 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:.....
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:



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

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.**