



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 świadczenie kompleksowej usługi pralniczej obejmującej pranie i czyszczenie bielizny szpitalnej i odzieży oraz innych wyrobów wymagających prania - oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

brutto: .....zł (za kilogram).

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.





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

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 / 40 / 50 / 60 dni.**

9. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1/.....

2/.....

3/.....

4/.....

5/.....

6/.....

7/.....

.....  
/ Miejscowość i data/

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

**W punkcie nr 8 należy przekreślić wskazane terminy płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca przyjmuje.**