

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa:.....

Siedziba:.....

Nr telefonu/faks:.....

Nr NIP:.....

e-mail:.....

Składamy niniejszą ofertę w imieniu własnym/ jako partner konsorcjum zarządzanego

przez (niepotrzebne skreślić)
(nazwa lidera)

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Szpital w Pyskowicach sp. z o.o.
ul. Szpitalna 2
44-120 Pyskowice

3. Zobowiązania Wykonawcy

Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami określonymi przez Zamawiającego za cenę:

Pakiet 1 Gazy medyczne

Cena netto:..... zł

(słownie:.....złotych)

Podatek VAT w kwocie:..... zł

Wartość brutto:..... zł

(słownie:..... złotych)

Czas dostawy:.....

zgodnie z załączonym formularzem cenowym zawierającym ceny poszczególnych pozycji

Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym koszty transportu

4. Oferujemy termin płatności dni (nie krótszy niż 60 dni) od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT.
5. Deklarujemy niezmiennosc cen jednostkowych netto przez cały okres obowiazywania umowy.
6. Zobowiazujemy sie wykonac zamowienie w okresie
7. Oswiadczamy, ze uwazamy sie za zwiazanych ofertą przez okres 30 dni od dnia, w którym uplywa termin skladania ofert.
8. Oswiadczamy, ze zapoznalismy sie z warunkami postepowania oraz warunkami realizacji zamowienia (istotnymi postanowieniami umowy), akceptujemy je bez zastrzezen, a w razie wybrania naszej oferty zobowiazujemy sie do podpisania umowy w terminie i na warunkach okreslonych przez Zamawiajacego.
9. Oswiadczamy, ze zamowienie zrealizujemy samodzielnie bez udzialu podwykonawców/
ze zamierzamy powierzyc podwykonawcom wykonanie czesci zamowienia w zakresie

.....
(niepotrzebne skreslic)

10. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej:

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon.....Fax.....

Zakres*:

- do reprezentowania w postepowaniu
- do reprezentowania w postepowaniu i zawarcia umowy

Zastrzezenie Wykonawcy

Nizej wymienione dokumenty skladajace sie na oferte nie moga byc ogolnie udostepnione:

.....
.....
.....

Inne informacje Wykonawcy:

.....
.....

.....
(imię i nazwisko)
podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

