

Formularz ofertowy do zapytania ofertowego nr ZO/25/AT /2024**ZAMAWIAJĄCY:****Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego****ul. Koszarowej 5,****Wrocław 51-149****NIP: 895-16-31-106****OFERENT:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Nazwa firmy:	
Adres siedziby:	
NIP:	
REGON:	
KRS /CEIDG:	
Tel./faks:	
Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu:	
e-mail:	
Numer konta bankowego na, które należy dokonać zapłaty :	

Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:

- a. zapoznałem się z treścią zapytania dla niniejszego zamówienia,
- b. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią zapytania;

Oferta cenowa na :**Świadczenie usług przeglądów okresowych, konserwacji i napraw aparatury oraz sprzętu medycznego III.****Wartość całej oferty netto zł :****Słownie zł :****Oraz obowiązujący podatek VAT (...) w kwocieSłownie zł.....**

Wartość całej oferty brutto zł :

Słownie zł :.....

.....

Oświadczenia:

- 1) Zaproponowana cena uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
- 2) Do cen zostanie doliczony podatek VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 3) Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie i załącznikach do niej są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.
- 4) Termin ważności oferty wynosi 30 dni kalendarzowych licząc od dnia upływu terminu na złożenie ofert.
- 5) Załącznikiem do niniejszego formularza jest: pełnomocnictwo w oryginale bądź poświadczony notarialnie w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika

6)WARUNKI GWARANCJI – DOTYCZY WSZYSTKICH ZADAŃ:

Oferujemy minimum (minimum 12 miesięczny) miesięczny termin ważności wyrobów od momentu dostawy do siedziby Zamawiającego.

7)WARUNKI PŁATNOŚCI – DOTYCZY WSZYSTKICH ZADAŃ:

Należność za dostarczony asortyment przekazywana będzie przez Zamawiającego dostawie, na podstawie oryginału faktury ze specyfikacją dostarczonych produktów oraz potwierdzeniem odbioru przez Zamawiającego, przelewem na konto Wykonawcy wskazane na fakturze w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury.

Koszty obsługi bankowej powstałe w banku Zamawiającego pokrywa Zamawiający, koszty obsługi bankowej powstałe poza bankiem Zamawiającego pokrywa Wykonawca

- 8) Termin realizacji przedmiotowego zamówienia – 12 miesięcy od daty zawarcia umowy.

Data.....

.....

(podpis osoby upoważnionej do składania oferty oraz