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

 *(dane firmy)*

Wojskowy Ośrodek Farmacji
i Techniki Medycznej - Celestynów

ul. Wojska Polskiego 57

05-430 Celestynów

Fax 261 894 091

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ......................................................................................................

Adres: ........................................................................................................

Poczta elektroniczna: ................................................................................

Numer telefonu: ........................................................................................

Numer faksu: ............................................................................................

Numer NIP: .............................................................................................

Numer REGON: ………………………………………………………………

W przypadku konieczności udzielenia wyjaśnień dotyczących przedstawionej oferty prosimy o zwracanie się do:…………………………………………………, tel. ………………..……..

Przedmiot zamówienia: **Zapytanie ofertowe nr 59/2025 – na: „Dostawę produktów leczniczych i wyrobów medycznych”.**

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

 Wartość brutto:............................................................................................................zł.

1. Deklaruję ponadto:
2. termin wykonania zamówienia: dostawa w terminie **5 dni roboczych** od daty zamówienia.
3. termin płatności: 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT
4. Oświadczam, że zaoferowany przeze mnie przedmiot zamówienia spełnia wymagania Zamawiającego zawarte w zapytaniu ofertowym nr 59/2025 na: „Dostawę produktów leczniczych i wyrobów medycznych”, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)
5. Zaoferowane produkty lecznicze muszą być dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polski, w rozumieniu przepisów Ustawy z dn. 06.09.2021 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2001 nr 126 poz. 1381 z późn. zm.).
6. Zaoferowane wyroby medyczne muszą być dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polski, w rozumieniu przepisów Ustawy z dn. 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z dnia 09.05.2022r., poz.974).
7. Uwagi:……………………………………………………………………………………………..

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

Data i podpisy osób upoważnionych

do reprezentowania Wykonawcy

1. *rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy* 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie) [↑](#footnote-ref-2)