

FORMULARZ OFERTOWY

DANE WYKONAWCY:

1. Pełna nazwa :.....
.....
2. Adres
województwo.....powiat.....
3. Tel. / Fax:
Internet: http://.....
e-mail:.....
4. Regon
5. NIP

I. CENA

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia określonego w zapytaniu ofertowym za kwotę:

NETTO :
/ słownie złotych /
BRUTTO :
/ słownie złotych /

II. KSZTAŁTOWANIE SIĘ CEN W OKRESIE TRWANIA UMOWY

1. Cena brutto określona w punkcie I nie ulegnie zmianie przez okres obowiązywania umowy - nie dotyczy to zmiany cen wynikających ze zmiany przepisów lub wprowadzonych drogą decyzji właściwych organów administracji państwowej, w tym zmiany stawki VAT oraz zmiany cen urzędowych, z następującym zastrzeżeniem: w przypadku obniżenia ceny urzędowej wyrobów medycznych będących przedmiotem zamówienia ich cena umowna brutto ulegnie obniżce do wysokości obowiązującej ceny urzędowej, w przypadku podwyższenia ceny urzędowej ich cena umowna brutto nie ulegnie zmianie
2. Zmianę cen w oparciu o w/w przyczyny – Wykonawca udokumentuje.

III. JAKOŚĆ

Wykonawca gwarantuje, że towar stanowiący przedmiot zamówienia spełnia warunki dopuszczenia do obrotu i używania na terenie RP zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz.U. z 2015 poz. 876 z późniejszymi zmianami), odpowiednie dokumenty przedłoży Zamawiającemu na każde żądanie. Dostarczane wyroby będą posiadały termin ważności nie krótszy niż 6 miesięcy od daty dostawy oraz parametry określone przez Zamawiającego w Załączniku Nr 3 oraz zaoferowane przez Wykonawcę zgodnie z Załącznikiem 3.

.....
podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty



Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika 33-100 Tarnów ul Szpitalna 13 - administracja@ssz.tar.pl
www.ssz.tar.pl - tel.(014) 63 10 100 - fax(014) 621 36 37 - NIP 873-27-14-039 - REGON 000313408

Bank Spółdzielczy w Rymanowie 91 8636 0005 2001 0008 9164 0001



IV. OFEROWANE WARUNKI ROZLICZANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCĄ ZA ZREALIZOWANE DOSTAWY ORAZ CZAS DOSTAWY

1. Termin zapłaty od dnia wystawienia faktury Zamawiającemu - dni (nie krótszy niż 30 dni).
2. Deklarowany termin realizacji zamówienia do (wpisać ilość dni, nie więcej niż 7) dni kalendarzowych.
3. Deklarowany termin realizacji reklamacji do (wpisać ilość dni, nie więcej niż 5) dni kalendarzowych.

IV. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY

Przystępując do zapytania ofertowego Wykonawca oświadcza, że:

1. zapoznał się ze treścią zapytania ofertowego i nie wnosi co do niego zastrzeżeń
2. że postanowienia zawarte w ogólnych warunkach umowy ujęte w niniejszym zapytaniu ofertowym zostały przez nas zaakceptowane. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego
3. że w stosunku do Wykonawcy nie otwarto likwidacji, nie ogłoszono jego upadłości lub zawarł układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, który nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego
4. nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie, rozłożenie na raty zaległych płatności lub uzyskał wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
5. nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne lub że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności. lub uzyskał wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
6. nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne lub że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub uzyskał wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
7. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w dokumentacji zapytania ofertowego.

.....
podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty

....., dnia :



Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika 33-100 Tarnów ul. Szpitalna 13 - administracja@ssz.tar.pl
www.ssz.tar.pl - tel.(014) 63 10 100 - fax(014) 621 36 37 - NIP 873-27-14-039 - REGON 000313408

Bank Spółdzielczy w Rymanowie 91 8636 0005 2001 0008 9164 0001

