

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

NIP..... REGON

Nr telefonu:Nr faxu adres e-mail

Odpowiadając na zapytanie ofertowe w postępowaniu o udzielenie zamówienia o wartości szacunkowej netto nie przekraczającej 30 000 euro, którego przedmiotem zamówienia jest **zakup i dostawa sprzętu medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego - uzupełnienie**.

proponuję realizację zamówienia za cenę:

Pakiet

Nazwa sprzętu	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto za szt.	Wartość netto za całość zamówienia	VAT	Wartość brutto za całość zamówienia

Słownie wartość brutto :

Okres gwarancji miesięcy

Termin dostawy dni od zawarcia umowy

Oświadczam, że:

1. Cena podana w ofercie zawiera wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia.
2. Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że przedmiot zamówienia jest zarejestrowany i dopuszczony do obrotu na rynku polskim i posiada wymagane przepisami prawa dokumenty.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Samodzielny Publiczny Zespół opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnymstaw, KRS 0000097765 w celu związanym z prowadzonym postępowaniem na **zakup i dostawę sprzętu medycznego dla Szpitalnego Oddziału- uzupełnienie**.
5. Oświadczam, że dane osobowe podaję dobrowolnie i zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik Nr 6 do zaproszenia do składania ofert, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Wraz z ofertą składam(y) następujące dokumenty:

1.
2.
3.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Wykonawcy)