

Data

O F E R T A
(WZÓR)
na

„Dostawę wyrobów medycznych:

1. *Elementów wymiennych do wstrzykiwacza kontrastu,*
2. *Dotorebkowego pierścienia napinającego dla okulistyki*
3. *Materiałów szewnych ” (ZP 49/2014)*

Nazwa Wykonawcy

Adres ul. kod miejscowość

województwo.....powiat

Nr telefonu.....Nr faksu.....

NUMER NIP NUMER REGON

Nr rachunku bankowego

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym – znak **ZP 49/2014** opublikowanego w BZP, Numer ogłoszenia: 51990 - 2015; data zamieszczenia: 10.03.2015 r. na „Dostawę wyrobów medycznych:

Elementów wymiennych do wstrzykiwacza kontrastu,

Dotorebkowego pierścienia napinającego dla okulistyki

Materiałów szewnych ” (ZP 49/2014) oferujemy wykonanie następujących części zamówienia za kwotę:

Grupa 1 :

1. wartość netto
2. wartość podatku VAT (stawka%)
3. wartość brutto
4. termin płatności przelew (min. 30 dni) - Wykonawca uzupełnia w przypadku zaoferowania dłuższego terminu
płatności :*

ZP 49/2014

5. Oświadczamy, że faktury będziemy dostarczać w wersji papierowej / w wersji papierowej oraz w formie elektronicznej w formacie „DATAFARM”* (niepotrzebne skreślić)

Grupa 2 :

1. wartość netto
2. wartość podatku VAT (stawka%)
3. wartość brutto
4. termin płatności przelew (min. 30 dni) - Wykonawca uzupełnia w przypadku zaoferowania dłuższego terminu płatności :*

5. Oświadczamy, że faktury będziemy dostarczać w wersji papierowej / w wersji papierowej oraz w formie elektronicznej w formacie „DATAFARM”* (niepotrzebne skreślić)

Grupa 3 :

1. wartość netto
2. wartość podatku VAT (stawka%)
3. wartość brutto
4. termin płatności przelew (min. 30 dni) - Wykonawca uzupełnia w przypadku zaoferowania dłuższego terminu płatności :*

Grupa 4 :

1. wartość netto
2. wartość podatku VAT (stawka%)
3. wartość brutto
4. termin płatności przelew (min. 30 dni) - Wykonawca uzupełnia w przypadku zaoferowania dłuższego terminu płatności :*

Grupa 5 :

1. wartość netto
2. wartość podatku VAT (stawka%)
3. wartość brutto
4. termin płatności przelew (min. 30 dni) - Wykonawca uzupełnia w przypadku zaoferowania dłuższego terminu płatności :*

5. Oświadczamy, że faktury będziemy dostarczać w wersji papierowej / w wersji papierowej oraz w formie elektronicznej w formacie „DATAFARM”* (niepotrzebne skreślić)

ZP 49/2014

Grupa 6 :

1. wartość netto
2. wartość podatku VAT (stawka%)
3. wartość brutto
4. termin płatności przelew (min. 30 dni) - Wykonawca uzupełnia w przypadku zaferowania dłuższego terminu płatności :*

W załączeniu przedstawiamy wykaz oferowanych wyrobów zgodnie z tabelą zamieszczoną w załączniku nr 6 do SIWZ.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany w SIWZ.
3. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że oferowane wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 2010 r. Nr 107, poz. 679 ze zm) oraz z przepisami Unii Europejskiej i posiadają wymagane dokumenty.
5. Oświadczamy, że dostarczymy dokumenty, o których mowa w pkt 4 na każde wezwanie zamawiającego w nieprzekraczalnym 5 dniowym terminie od dnia wezwania.
6. Oświadczamy, że powierzymy podwykonawcom wykonanie przedmiotu zamówienia w części dotyczącej/że przedmiot zamówienia wykonamy w całości bez udziału podwykonawców/
7. Załącznikami do niniejszej oferty są:
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)

.....
*Podpis osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy*