

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane Wykonawcy:

Nazwa: F.U.H. MEDICUS s.c. Magdalena Wojaczek, Piotr Kostka

Siedziba: 44-295 Łyski, ul. Sikorskiego 16a

Nr telefonu: 518 213 350

Nr faksu: -

Adres poczty elektronicznej: mediucs.kostka@gmail.com

Nr NIP: 642-21-03-671

Nr KRS: -

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym pn. „**Dostawa sprzętu jednorazowego użytku i opatrunków**”, sprawa nr 10/2021/DZP/PN, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami specyfikacji warunków zamówienia za wartość:

Nr zadania	Wartość oferty brutto	Wartość słownie
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8	21 400,74	Dwadzieścia jeden tysięcy czterysta złotych i siedemdziesiąt cztery grosze

2. Ponadto oświadczam, że:

- a. Wyrażam zgodę na 60 dniowy termin płatności,
- b. Zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
- c. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SWZ, wyjaśnień i SWZ oraz jej modyfikacji,
- d. Niniejsza oferta jest ważna przez 30 dni,
- e. Akceptuję bez zastrzeżeń *projekt Umowy* i w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
- f. Składam niniejszą ofertę ~~[we własnym imieniu]~~, / [jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia*],

- g. Nie uczestniczę, jako Wykonawca w jakiegokolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenie niniejszego zamówienia,
- h. Oferowany przedmiot zamówienia posiada dokumenty dopuszczające go do obrotu. Ponadto zobowiązuję się okazać w/w dokumenty na każde żądanie Zamawiającego.
- i. Strony w ofercie **od..... do** stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania. **(Wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.)**
- j. **jesteśmy** małym/średnim przedsiębiorcą*;

3. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:

Imię: Magdalena , **Nazwisko:** Wojaczek

Nr telefonu: 518 213 350, **Nr faksu:** -

Adres e-mail: medicus.kostka@gmail.com

4. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

Imię: Magdalena, **Nazwisko:** Wojaczek

Nr tel.: 518 213 350

Data i podpis osoby upoważnionej
do podpisania niniejszej oferty

06.12.2021, Magdalena Wojaczek

* niepotrzebne skreślić/wpisać odpowiednio

* niepotrzebne skreślić/wpisać odpowiednio