

FORMULARZ OFERTOWY

Zamawiający:

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU
ul. H. Kamińskiego 73a
51-124 Wrocław

OFERTA

I. DANE WYKONAWCY

Nazwa i siedziba Wykonawcy*) ul: kod: miejsowość:
Forma prowadzonej działalności/ nr KRS- jeżeli dotyczy	
NIP	
REGON	
Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym e- mail: fax: tel:

II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Składam ofertę na:

Dostawę 200 szt. testów antygenowych 4 w 1 (Sars-Co-2 , grypa a i b , RSV)
dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu

III. CENA

Cena oferty zgodnie z formularzem asortymentowo - cenowym stanowiącym załącznik nr 1.1 do formularza ofertowego wynosi:

Cena brutto..... zł

Słownie cena brutto:

IV. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

Oświadczam, że:

1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminie określonym w zaproszeniu
2. w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia;
3. uważam się za związanego, niniejszą ofertą na okres **30 dni** licząc od dnia otwarcia ofert;

V. ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY W PRZYPADKU PRYZNANIA ZAMÓWIENIA

W przypadku przyznania zamówienia zobowiązuję się do:

1. zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. podanie numeru konta oraz nazwę banku;
3. wyznaczenia osoby do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji przedmiotu umowy :

..... e-mail: tel./fax:.....;

..... e-mail: tel./fax:.....;

.....
(podpis i pieczęć imienna Wykonawcy lub osoby
uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)