

FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Wykonawcy:

.....
.....

Adres Wykonawcy:

ul. nr
kod pocztowy miejscowość
Nr tel.:
REGON: NIP:
KRS: (jeśli istnieje)
e-mail:@.....
http://.....

Oferta do zapytania na zakup wraz z dostawą Teczek na wyniki badań dla SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie.

1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym opisem przedmiotu zamówienia za maksymalną łączną kwotę określoną w załączniku nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego.
2. Kwota brutto wynagrodzenia Wykonawcy obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, łącznie z podatkiem od towarów i usług VAT, ewentualnymi rabatami i opłatami.
3. Wykonawca winien uwzględnić w cenie oferty również wszystkie inne koszty jakie poniesie w związku z realizacją przedmiotu zamówienia, także niewymienione, a które mają wpływ na cenę oferty. Termin płatności faktury ustala się na: **30 dni**, licząc od dnia wykonania usługi wraz z dostarczoną prawidłowo wypełnioną fakturą do siedziby Zamawiającego. Zapłata wynagrodzenia nastąpi na wskazany na fakturze numer rachunku bankowego.
4. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczamy, iż bez zastrzeżeń przyjmujemy warunki zawarcia umowy i deklarujemy gotowość podpisania umowy niezwłocznie.
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w ramach korespondencji udostępnioną na stronie: <http://zsm.com.pl/odo>.

.....
Data, miejsce

.....
Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy