

FORMULARZ OFERTOWY

Dot. przetargu nieograniczonego na: „Dostawa leków do Apteki (powtórka oraz uzupełnienie) do SP ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie”

Nazwa i adres Oferenta REGON

..... NIP:

Rodzaj i Nr dokumentu rejestrowego (o którym mowa w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2009 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane) **lub oświadczenie Wykonawcy, że jest osobą fizyczną**

.....

..... Nr kierunkowy

województwo Tel.

e-mail Faks

Oferujemy przyjęcie do wykonania przedmiotu zamówienia w następujących pakietachw cenie określonej w załączniku nr 3 /zestawienie asortymentowo – cenowe/

Termin realizacji: od podpisania umowy do 31.12.2012 r.

1. Wyrażamy zgodę na zapłatę faktury w terminie **do 30 dni** licząc od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas 30 dni.
3. Część zamówienia, którą powierzymy podwykonawcom:
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i warunkami określonymi w projekcie umowy oraz przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
5. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w załączniku nr 4 do SIWZ, stanowiącym projekt umowy.
6. Oświadczamy, że oferujemy przedmiot zamówienia zgodny z opisem zawartym w specyfikacji, w szczególności w załączniku 3 do SIWZ, posiadający wszelkie niezbędne, prawem wymagane dopuszczenia do obrotu i użytkowania, zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

dnia

.....
Wykonawca lub upoważniony przedstawiciel