

.....
miejscowość i data

.....
Wykonawca

**OFERTA dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu,
ul. Królewiecka 146**

I. Dane Wykonawcy :

1. Pełna nazwa :

.....

2. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym (Imię i nazwisko, tel.):

.....

3. Adres, województwo :

.....

4. Telefon/ faks

5. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....

6. REGON NIP

7. KRS / Nr ewidencyjny:

II. Przedmiot oferty

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym zamieszczonego w BZP w dniu 03.06.2014 r. na dostawę taśm do leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet w 5 pakietach dla potrzeb Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu w okresie 12 miesięcy

.....
/ podać numer zaoferowanego pakietu/

za cenę :

Pakiet nr 1

a) nettozł

słownie :

- stawka podatku VAT:%

- kwota podatku VAT :zł

b) bruttozł
słownie

Pakiet nr 2

a) nettozł
słownie :

- stawka podatku VAT:%
- kwota podatku VAT :zł

b) bruttozł
słownie

Pakiet nr 3

a) nettozł
słownie :

- stawka podatku VAT:%
- kwota podatku VAT :zł

b) bruttozł
słownie

Pakiet nr 4

a) nettozł
słownie :

- stawka podatku VAT:%
- kwota podatku VAT :zł

b) bruttozł
słownie

Pakiet nr 5

a) nettozł
słownie :

- stawka podatku VAT:%

- kwota podatku VAT :zł

b) bruttozł

słownie

1. Warunki płatności / przelew / :

a) wysokość odsetek za ewentualne nieterminowe płatności - nie wyższe niż ustawowe w skali roku.

b) zapłata za towar nastąpi przelewem na konto Wykonawcy w terminie **dni kalendarzowych** (nie krótszym niż 30 dni) od dostarczenia partii towaru i faktury za daną partię towaru do siedziby Zamawiającego. Jako dzień zapłaty faktury przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przetargu zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w tym z kryteriami oceny ofert oraz załącznikami do SIWZ oraz że przyjmujemy je bez zastrzeżeń.

3. Termin realizacji dostaw częściowych przedmiotu zamówienia (nie dłuższy niż 5 dni roboczych) :dni roboczych licząc od dnia złożenia zamówienia częściowego przez Aptekę Szpitalną Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego

4. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy sprzedaży stanowiącej **Załącznik nr 10 do SIWZ** zgodnie z treścią oferty .

5. Wykonanie zamówienia powierzymy/nie powierzymy * podwykonawcom w części zamówienia dot.....

6. Oferta została złożona łącznie na kolejnych stronach
(uwaga w numeracji proszę uwzględnić wszystkie załączone dokumenty).

UWAGA! * - niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis Wykonawcy
lub upoważnionego
przedstawiciela Wykonawcy