Zamawiający:

* 1. Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek”
	2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
	3. z siedzibą w Warszawie przy ul. Koszykowej 78,
	4. NIP 113-00-38-734: REGON P-010137895

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

**(nazwa/ imię i nazwisko i adres Wykonawcy)**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr zapytanie ofertowe nr 07/ZO/2024 :

***„Dostawa tonerów oraz tuszy wraz z usługą kompleksowej obsługi urządzeń drukujących użytkowanych przez CWPL „CePeLek” SP ZOZ”.***

**składam następującą ofertę:**

**Zgodnie z wyliczeniem załącznika nr 1a do zapytania:**

|  |
| --- |
| **Cena za realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wyliczeniem wynikającym z tabeli poniżej:**  |
| Cena brutto za realizację przedmiotu zamówienia:…………………….……………………………..…..PLN | Słownie: |
| Cena netto za realizację przedmiotu zamówienia:…………………….……………………………..…..PLN | Słownie: |

Pozacenowe kryteria oceny ofert:

**Oferuję/my:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czas dostawy tonerów i tuszy** | liczba przyznanych punktów |
| do 24 godzin | 10 |
| do 48 godzin | 5 |
| do 72 godzin | 0 |

**Oferuję/my:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czas naprawy urządzenia** | liczba przyznanych punktów |
| do 24 godzin | 30 |
| do 48 godzin | 20 |
| do 72 godzin | 10 |
| do 96 godzin | 0 |

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zapoznałe/am się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia i warunków jego realizacji, zamieszczonymi w zapytaniu ofertowym i załącznikach do niego i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
2. zobowiązuję się zawrzeć w formie pisemnej umowę z Zamawiającym na wykonanie przedmiotu zamówienia (**według wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do zapytania ofertowego**) w przypadku wyboru przez Zamawiającego złożonej przeze mnie oferty;
3. zobowiązuję się zapewnić bezpieczeństwo wykonywania usługi na wszystkich etapach postępowania.
4. **do oferty dołączam wypełnione formularz/e asortymentowo-cenowy/we wraz z wymaganymi w tych dokumentach atestami, opiniami (przedmiotowymi środkami dowodowymi)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby/-ób uprawnionej/-ych do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika