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 08/ZO/2024:

**Dostawy fartuchów ochronnych do badań rtg dla 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: |

1. Zamówienie zrealizujemy w terminie: \*zaznaczyć właściwe zaznaczyć właściwe I WPISAĆ DOKŁADNĘ LICZBĘ DNI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zaoferowany termin dostawy od daty zawarcia umowy | WPISAĆ DOKŁADNIE LICZBĘ DNI | liczba przyznanych punktów |
| do 10 dni kalendarzowych |  | 40 |
| 20 dni kalendarzowych |  | 20 |
| 25 dni kalendarzowych |  | 10 |
| 30 dni kalendarzowych |  | 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 zwymaganymi w tych dokumentach atestami, opiniami (przedmiotowymi środkami dowodowymi)**

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

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