

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: **ZOZ/DO/OM/ZP/55/2014**

Załącznik nr 2 do SIWZ

.....
(Nazwa i adres wykonawcy)

....., dnia 2014 r.

FORMULARZ OFERTOWY

I. Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na „**Dostawa sprzętu medycznego – Elektroencefalograf - dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Busku – Zdroju** zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia dla tego przetargu składam niniejszą ofertę

II. Za wykonanie przedmiotu zamówienia **Załącznik nr 1** oferuję cenę w kwocie łącznej brutto:
..... złotych

(słownie kwota brutto:)

Na powyższą kwotę brutto składa się kwota netto złotych

(słownie kwota netto:)

oraz podatek VAT w kwocie złotych

(słownie podatek VAT:)

III. Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa.....

Adres.....

Imię Nazwisko osoby (osób) upoważnionych do podpisania umowy:

.....

Numer telefonu: 0.../..... Numer faksu: 0.../.....

Numer REGON:Numer NIP:

Adres kontaktowy email:

Numer konta bankowego do umowy

UWAGA; proszę podać czytelny; adres e-mail i nr faksu, na który wykonawca będzie otrzymywał od zamawiającego wszystkie informacje związane z prowadzonym postępowaniem po otwarciu ofert. W związku z przysługującymi środkami ochrony prawnej wykonawcy, liczonymi od dnia przekazania informacji należy upewnić się, że podany adres e-mailowy i podany nr faksu funkcjonuje w sposób poprawny.

IV. Termin wykonania zamówienia – 30 dni kalendarzowych od daty zawarcia umowy.

V. Warunki płatności będą zgodne z wzorem umowy będącym załącznikiem nr 7 do SIWZ.

VI. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, w tym z wzorem umowy w sprawie zamówienia publicznego i uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do przygotowania niniejszej oferty. Przedstawione w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia warunki zawarcia umowy oraz wzór umowy zostały przez nas zaakceptowane.

VII. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.



Zespół Opieki Zdrowotnej
w Busku-Zdroju

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Busku Zdroju
ul. Bohaterów Warszawy 67, 28 – 100 Busko Zdrój, woj. Świętokrzyskie
tel. centr. (041)-378-24-01, tel./fax (041) 378-24-01 wew. 244
REGON 000311467 NIP 655 – 16 – 62 – 705 Nr rej. PZOZ20
Strona internetowa;www.zoz.busko.com.pl
e-mail: zamowienia@zoz.busko.com.pl

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: **ZOZ/DO/OM/ZP/55/2014**

- VIII.** Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
- IX.** Następujące części zamówienia zamierzam zlecić podwykonawcom:
/ część zamówienia - opis:*
- X.** W przypadku uznania niniejszej oferty za ofertę najkorzystniejszą zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
- XI.** Świadom treści art. 297 Kodeksu karnego, oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert.
- XII.** Oferta wraz z załącznikami została złożona na stronach kolejno ponumerowanych od nr do nr
- XIII.** Jednocześnie stwierdzam, że jestem świadom odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.
- XIV.** Załącznikami do niniejszej oferty są:
.....
.....

.....
Imię, nazwisko i podpis osoby lub osób figurujących
w rejestrach uprawnionych do zaciągania zobowiązań
w imieniu Wykonawcy lub we właściwym umocowaniu

* **niepotrzebne skreślić**