

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekłe Niepełnosprawnych  
oraz Niesamodzielných  
w Krakowie  
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel. 012 44-67-500 fax 012 44-67-501  
http://www.zol.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

/pieczęć adresowa Wykonawcy/

## FORMULARZ OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:

**Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekłe Niepełnosprawnych  
oraz Niesamodzielných w Krakowie  
ul. Wielicka 267  
30-663 Kraków**

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na dostawę wózków inwalidzkich specjalnych oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w postaci:

ilość wózków inwalidzkich specjalnych za kwotę 55.000 zł brutto: **24 szt.**

Gena wózka inwalidzkiego specjalnego brutto (1 szt.): \_\_\_\_\_

Udzielamy rękojmi na sprzedany towar na okres 24 / 36 / 48 / 60 / 72 miesięcy

(należy przekreślić wskazane okresy dostawy tak, aby nie skreślony pozostał okres jaki Wykonawca wskazuje)

Ponadto:

1. Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie do 16 listopada 2018 r.
2. W przypadku przyznania nam zamówienia, **zobowiązujemy się** do realizacji zamówienia w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oferta została złożona na .....stronach podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr .....do nr .....
4. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest  
Pani/Pan....., tel. ....,  
fax. ...., e-mail .....
5. Posiadamy następujący numer konta bankowego: .....  
numer NIP: .....oraz numer REGON .....
6. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazujemy .....

(wypełniają tylko Wykonawcy, którzy prowadzą działalność gospodarczą, jako osoby fizyczne)

.....  
/Miejscowość i data/

.....  
/Upelnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/



ISO 9001:2008