

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 44-67-500, fax 012 44-67-501
http://zol-krakow.com.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia 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 Niesamodzielnych
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 52.000 zł brutto:

Cena 1 wózka brutto (w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

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)

Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie ... dni roboczych od dnia podpisania umowy.

Ponadto:

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

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

.....
/Miejscowość i data/

.....
/Upelnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/



ISO 9001:2008