

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 – 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
Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267
30-663 Kraków***

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na „dostawę dwóch podnośników elektrycznych z wagą medyczną oraz jednej sterowanej elektronicznie wanny prysznicowej”

oferujemy realizację przedmiotu zamówienia

za cenę w części nr 1 (podnośniki elektryczne z wagą medyczną 2 szt.):

brutto: **10.584,00 PLN.**

(cena do dwóch miejsc po przecinku)

słownie: dziesięć tysięcy pięćset osiemdziesiąt cztery złote i 00/100

za cenę w części nr 2 (sterowana elektronicznie wanna prysznicowa 1 szt.):

brutto: **12.960,00 PLN.**

(cena do dwóch miejsc po przecinku)

słownie: dwanaście tysięcy dziewięćset sześćdziesiąt złotych i 00/100

Ponadto:

1. Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy.
2. W przypadku przyznania nam zamówienia, **zobowiązujemy się** do realizacji zamówienia **w terminach** wskazanych przez Zamawiającego i zgodnych z obowiązującymi przepisami prawnymi.
3. Oferta została złożona na**stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nrdo nr



ISO 9001:2008

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 – Śródmieście w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

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/

.....
/Upoważnieni przedstawiciele Wykonawcy/



ISO 9001:2008