

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://zol-krakow.com.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do SIWZ

.....
/Pieczęćka adresowa firmy/

FORMULARZ OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:

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

Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę do Miejskiego Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných w Krakowie produktów do żywienia dojelitowego - oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

Część nr 1:

brutto:zł.

słownie:

Część nr 2:

brutto:zł.

słownie:

Część nr 3:

brutto:zł.

słownie:

Część nr 4:

brutto:zł.

słownie:



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

Część nr 5:

brutto:zł.

słownie:

Część nr 6:

brutto:zł.

słownie:

Część nr 7:

brutto:zł.

słownie:

Część nr 8:

brutto:zł.

słownie:

Ponadto:

1. Oświadczamy, że uważamy się **za związanych** niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ.
2. W przypadku przyznania nam zamówienia, **zobowiązujemy się** do zawarcia umowy **w miejscu i terminie** wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oświadczamy, że **należymy / nie należymy** do grupy małych lub średnich przedsiębiorców.
4. Oferta została złożona na**stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nrdo nr
5. Niniejszym informujemy, iż informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od do stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
6. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest
Pani/Pan....., tel.,
fax., e-mail
7. Posiadamy następujący numer konta bankowego:
numer NIP:oraz numer REGON
8. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazujemy

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



ISO 9001:2008

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://zol-krakow.com.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

9. Oświadczamy, że towar zaoferowany w **części nr 1 posiada / nie posiada** port(u) zabezpieczający(ego) przed przypadkowym wylaniem się diety po jej otwarciu, a osmolarność wynosi(mOsm/l).
10. Oświadczamy, że towar zaoferowany w **części nr 2 posiada / nie posiada** port(u) zabezpieczający(ego) przed przypadkowym wylaniem się diety po jej otwarciu, a zawartość węglowodanów wynosi (g/100ml).
11. Oświadczamy, że towar zaoferowany w **części nr 3 posiada odsetek energii uzyskiwanej z białka na 100 gramów preparatu w wysokości**.....%.
12. Oświadczamy, że towar zaoferowany w **części nr 4 posiada przewód w zestawie do podaży diety: ≥ 250 cm / < 250 cm.**
13. Oświadczamy, że towar zaoferowany w **części nr 5 posiada długość ... cm.**
14. Oświadczamy, że towar zaoferowany w **części nr 6 dostarczymy w ciągu ... dni roboczych** (bez sobót i dni ustawowo wolnych od pracy), a **reklamacje rozpatrzemy w terminie ... dni roboczych** (bez sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).
15. Oświadczamy, że towar zaoferowany w **części nr 7 dostarczymy w ciągu ... dni roboczych** (bez sobót i dni ustawowo wolnych od pracy), a **reklamacje rozpatrzemy w terminie ... dni roboczych** (bez sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).
16. Oświadczamy, że towar zaoferowany w **części nr 8 dostarczymy w ciągu ... dni roboczych** (bez sobót i dni ustawowo wolnych od pracy), a **reklamacje rozpatrzemy w terminie ... dni roboczych** (bez sobót i dni ustawowo wolnych od pracy).
17. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:
 - 1/.....
 - 2/.....
 - 3/.....
 - 4/.....
 - 5/.....
 - 6/.....
 - 7/.....
 - 8/.....

.....
/ Miejscowość i data/

.....
/podpis osoby (osób) uprawnionej(ych)
do reprezentowania Wykonawcy/



ISO 9001:2008

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://zol-krakow.com.pl>
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

W punkcie 3 należy przekreślić niewłaściwą odpowiedź.

W punkcie 9 należy przekreślić niewłaściwą odpowiedź oraz wskazać wysokość osmolarności.

W punkcie 10 należy przekreślić niewłaściwą odpowiedź oraz wskazać zawartość węglowodanów.

W punkcie 11 należy wskazać odsetek energii uzyskiwanej z białka na 100 gramów preparatu.

W punkcie 12 należy przekreślić niewłaściwą odpowiedź.

W punkcie 13 należy wskazać długość zgłębników.

W punkcie 14 należy wskazać terminy dostawy oraz rozpatrzenia reklamacji.

W punkcie 15 należy wskazać terminy dostawy oraz rozpatrzenia reklamacji.

W punkcie 16 należy wskazać terminy dostawy oraz rozpatrzenia reklamacji.



ISO 9001:2008