



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekle Niepełnosprawnych  
oraz Niesamodzielných w Krakowie  
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501  
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

**Załącznik nr 1 do SIWZ**

.....  
/Pieczętka adresowa firmy/

## **FORMULARZ OFERTOWY**

ZAMAWIAJĄCY:

**Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekle 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, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných w Krakowie pieluchomajtek - oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

brutto: .....zł.

słownie: .....

Oświadczamy, że zaoferowany towar w pozycji nr 1-5 posiada wewnętrzne falbanki zapobiegające wyciekom skierowane na: zewnątrz / wewnątrz.

(należy przekreślić wskazaną możliwość, aby nie skreślona pozostała ta jaką Wykonawca przedstawia)

Oświadczamy, że zaoferowany towar w pozycji nr 1-5 posiada jeden / dwa wskaźnik(i) wilgotności

(należy przekreślić wskazaną możliwość, aby nie skreślona pozostała ta jaką Wykonawca przedstawia)

Oświadczamy, że zaoferowany towar w pozycji nr 1-5 posiada jeden / dwa ściągacz(e) taliowy(e)

(należy przekreślić wskazaną możliwość, aby nie skreślona pozostała ta jaką Wykonawca przedstawia)

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 nr .....do nr .....





Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekle Niepełnosprawnych  
oraz Niezależnych w Krakowie  
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501  
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

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. Informujemy, iż osobą do kontaktów w przedmiocie umowy w zakresie przetwarzania danych osobowych jest Pani/Pan ....., tel. ....
8. Posiadamy następujący numer konta bankowego: .....  
numer NIP: .....oraz numer REGON .....
9. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazujemy .....

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

10. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

- 1/.....
- 2/.....
- 3/.....
- 4/.....
- 5/.....
- 6/.....
- 7/.....
- 8/.....

.....  
/ Miejsowość i data/

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

