



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

.....
/Pieczęćka 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 środków czyszczących i polerujących - oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

Część nr 1:

brutto:zł.

słownie:

Jako termin dostawy wskazujemy termin do 2 / 4 / 6 / 8 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy dostawy tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca wskazuje)

Jako termin płatności przyjmujemy termin 30 / 60 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca przyjmuje)

Część nr 2:

brutto:zł.

słownie:

Jako termin dostawy wskazujemy termin do 2 / 4 / 6 / 8 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy dostawy tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca wskazuje)

Jako termin płatności przyjmujemy termin 30 / 60 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca przyjmuje)





Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielnych 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

Część nr 3:

brutto:zł.

słownie:

Jako termin dostawy wskazujemy termin do 2 / 4 / 6 / 8 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy dostawy tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca wskazuje)

Jako termin płatności przyjmujemy termin 30 / 60 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca przyjmuje)

Część nr 4:

brutto:zł.

słownie:

Jako termin dostawy wskazujemy termin do 2 / 4 / 6 / 8 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy dostawy tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca wskazuje)

Jako termin płatności przyjmujemy termin 30 / 60 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca przyjmuje)

Część nr 5:

brutto:zł.

słownie:

Jako termin dostawy wskazujemy termin do 2 / 4 / 6 / 8 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy dostawy tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca wskazuje)

Jako termin płatności przyjmujemy termin 30 / 60 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca przyjmuje)

Część nr 6:

brutto:zł.

słownie:

Jako termin dostawy wskazujemy termin do 2 / 4 / 6 / 8 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy dostawy tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca wskazuje)

Jako termin płatności przyjmujemy termin 30 / 60 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca przyjmuje)

Część nr 7:

brutto:zł.

słownie:





Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielnych 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

Jako termin dostawy wskazujemy termin do 2 / 4 / 6 / 8 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy dostawy tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca wskazuje)

Jako termin płatności przyjmujemy termin 30 / 60 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca przyjmuje)

Część nr 8:

brutto:zł.

słownie:

Jako termin dostawy wskazujemy termin do 2 / 4 / 6 / 8 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy dostawy tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca wskazuje)

Jako termin płatności przyjmujemy termin 30 / 60 / dni.

(należy przekreślić wskazane terminy płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca przyjmuje)

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. 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/.....





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

3/.....

4/.....

5/.....

6/.....

7/.....

8/.....

.....
/ Miejscowość i data/

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

