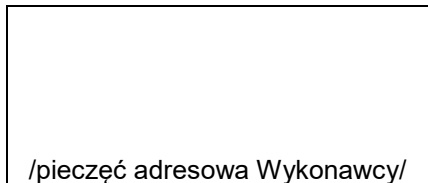




Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekłe Niepełnosprawnych
oraz Niezależnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie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

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia



/pieczęć adresowa Wykonawcy/

FORMULARZ OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:
***Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz
Niezależnych w Krakowie
ul. Wielicka 267
30-663 Kraków***

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na „wykonanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej na rzecz pacjentów i pracowników Centrum”

oferujemy realizację przedmiotu zamówienia

za cenę:

brutto: PLN (suma cen jednostkowych brutto z Załącznika nr 2 do Ogłoszenia).
(cena do dwóch miejsc po przecinku)

słownie:

Ponadto:

1. Przedmiot zamówienia wykonamy **w terminie 24 miesięcy od dnia zawarcia umowy.**
2. Oświadczamy, że **zapoznaliśmy się** ze wzorem umowy i **nie wnosimy** do niego **zastrzeżeń** oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
3. W przypadku przyznania nam zamówienia, **zobowiązujemy się** do realizacji zamówienia **w terminach** wskazanych przez Zamawiającego i zgodnych z obowiązującymi przepisami prawnymi.
4. Oferta została złożona na**stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nrdo 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. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest
Pani/Pan....., tel.,
fax., e-mail
6. Informujemy, iż osobą do kontaktów w przedmiocie umowy w zakresie przetwarzania danych
osobowych jest Pani/Pan, tel.
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)

.....
/ Miejscowość i data/

.....
/Upoważnieni przedstawiciele Wykonawcy/

