



Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76  
http://www.zol.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do SIWZ

.....  
/Pieczęta adresowa firmy/

## **FORMULARZ OFERTOWY**

ZAMAWIAJĄCY:

**Zakład Opiekuńczo – Lecznicy w Krakowie  
ul. Wielicka 267, 30 – 663 Kraków**

Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę do Zakładu Opiekuńczo – Lecznicy w Krakowie produktów farmaceutycznych - oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

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



ISO 9001:2008



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76  
http://www.zol.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

8. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazujemy .....

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

9. 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