



Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501  
http://www.zol.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:

**Zakład Opiekuńczo - Lecznicy  
w Krakowie  
ul. Wielicka 267  
30 – 633 Kraków**

Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego 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: .....





Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501  
http://www.zol.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

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.....  
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)*

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:  $\geq 250$  cm /  $< 250$  cm.**
13. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:
  - 1/.....
  - 2/.....
  - 3/.....
  - 4/.....
  - 5/.....

.....  
/Miejscowość i data/

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





Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501  
<http://www.zol.krakow.pl>  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia 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.**



ISO 9001:2008