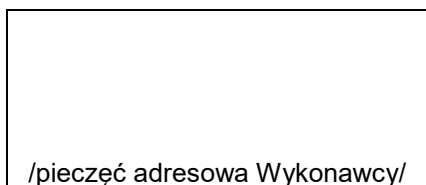




Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76  
http://www.zol.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia



/pieczęć adresowa Wykonawcy/

## FORMULARZ OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:  
**Zakład Opiekuńczo – Lecznicy**  
**ul. Wielicka 267**  
**30-663 Kraków**

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na **dostawy jaj**

**oferujemy realizację przedmiotu zamówienia**

za cenę:

brutto: **100.440,00 PLN.**

słownie: **sto tysięcy czterysta czterdzieści złotych i 00/100**

**(Cena całości brutto z załącznika nr 2 do Ogłoszenia)**

Ponadto:

1. Przedmiot zamówienia wykonamy **w terminie 24 miesiący od daty podpisania 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** wskazanym przez Zamawiającego.
4. Zobowiązujemy się, iż przedmiot umowy będziemy dostarczać do siedziby Zamawiającego zgodnie z jego dyspozycją, **nie rzadziej niż jeden raz w tygodniu** (środa lub inny dzień).



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

5. Zobowiązujemy się, iż **w terminie 14 dni od dnia podpisania umowy** dostarczymy do siedziby Zamawiającego certyfikat/zaświadczenie "ferma wolna od salmonelli" lub aktualne badanie mikrobiologiczne na wykrycie i identyfikację pałeczek salmonelli.
6. Oferta została złożona na .....**stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr .....do nr .....
7. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest  
Pani/Pan....., tel. ....,  
fax. ...., e-mail .....
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)

.....  
/ Miejscowość i data/

.....  
/Upelnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/



ISO 9001:2008