

FORMULARZ OFERTOWY

Składając ofertę w zapytaniu ofertowym nr DZP.2344.44.2024 na dostawę produktów leczniczych, informujemy:

1. Dane dotyczące Wykonawcy:

Pełna nazwa Wykonawcy	
Adres siedziby	
Województwo	
NIP	
REGON	
KRS / CEiDG	
Nr telefonu, nr faxu	
adres poczty e-mail	

2. Oferujemy realizację dostawy zgodnie z formularzem cenowym, stanowiącym integralną część niniejszej oferty.

3. Oferowany przez nas termin płatności wynosi (wymagany **między 55 a 60 dni**, inne terminy - odrzucenie oferty , proszę wpisać zaoferowany termin płatności)

dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury na następujący numer rachunku bankowego:

4. Oferowany przez nas czas dostawy wynosi **do 2 dni roboczych**, (inne terminy - odrzucenie oferty , proszę wpisać zaoferowany czas dostawy)

dni roboczych.

5. W przypadku przyznania nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy wg załączonego do Zapytania ofertowego wzoru umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego (załącznik nr 3)

6. Oświadczamy, że zaoferowane wyroby medyczne, są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującą Ustawą o wyrobach medycznych z dnia

07 kwietnia 2022 r., oraz że kopie tych dokumentów zostaną dostarczone w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7. Oświadczamy, iż wybór naszej oferty nie będzie/będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w odniesieniu do

(należy wskazać nazwę/rodzaj towaru), których wartość bez kwoty podatku wynosi

oraz wskazanie stawki podatku od towaru i usług, która z wiedzą Wykonawcy będzie miała zastosowanie.

8. Osobą odpowiedzialną za realizację Umowy ze strony Wykonawcy jest

tel.

e-mail

9. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO²⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.³⁾