

FORMULARZ OFERTOWY

Składając ofertę w zapytaniu ofertowym nr DZP.2344.4.2024 na dostawę
Clexane (Enoxaparin natr.) 40 mg/0,4 ml x 10 ampułkostrzykawkę – 500 op.
Clexane (Enoxaparin natr.) 60 mg/0,6 ml x 10 ampułkostrzykawkę – 100 op.,
informujemy:

1. Dane dotyczące Wykonawcy:

Pełna nazwa Wykonawcy, adres siedziby, NIP, telefon, adres e-mail

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

3. Oferowany przez nas termin płatności wynosi (wymagany pomiędzy 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 (wymagany do 5 dni roboczych, inne terminy - odrzucenie oferty , proszę wpisać zaoferowany czas dostawy)

dni roboczych.

5. 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. (Dz. U. z 2022 r. poz. 974 z późn. zm.), oraz że kopie tych dokumentów zostaną dostarczone w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

6. 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

7. Osobą odpowiedzialną za realizację Umowy ze strony Wykonawcy jest

tel.

e-mail

8. 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⁾