

**ZAMAWIAJĄCY**  
**Obwód Lecznictwa Kolejowego SPZOZ**  
**ul. Sokoła 50**  
**26-110 Skarżysko-Kamienna**

**WYKONAWCA**

.....  
(nazwa lub imię i nazwisko)

.....  
(siedziba firmy)

.....  
a ponadto w przypadku osób fizycznych  
prowadzących działalność gospodarczą, w tym wspólników  
spółki cywilnej adres zamieszkania)

.....  
(telefon i adres e-mail)

.....  
Regon, NIP

**OFERTA**

W związku z zaproszeniem do składania ofert na zakup wraz z dostawą materiałów opatrunkowych, środków do dezynfekcji, materiałów medycznych jednorazowego użytku, rękawiczek oraz igieł i strzykawek dla Obwodu Lecznictwa Kolejowego SP ZOZ w Skarżysku - Kamiennej, zgodnie z opisem zawartym w załączniku nr 1 – oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym, rzeczowym zakresie objętym zamówieniem za cenę:

**Pakiet nr 1 – Materiały opatrunkowe**

Netto .....zł./słownie.....

+ VAT.....

Brutto .....zł./słownie.....

**Pakiet nr 2 – Środki do dezynfekcji**

Netto .....zł./słownie.....

+ VAT.....

Brutto .....zł./słownie.....

**Pakiet nr 3 – Materiały medyczne jednorazowego użytku**

Netto .....zł./słownie.....

+ VAT.....

Brutto .....zł./słownie.....

**Pakiet nr 4 – Materiały medyczne jednorazowego użytku - ginekologa**

Netto .....zł./słownie.....

+ VAT.....

Brutto .....zł./słownie.....

**Pakiet nr 5 – Rękawiczki**

Netto .....zł./słownie.....

+ VAT.....

Brutto .....zł./słownie.....

**Pakiet nr 6 – Igły i strzykawki**

Netto .....zł./słownie.....

+ VAT.....

Brutto .....zł./słownie.....

**Pakiet nr 7 – Środki do dezynfekcji ran i błon śluzowych**

Netto .....zł./słownie.....

+ VAT.....

Brutto .....zł./słownie.....

1. Termin płatności: 30 dni od daty wystawienia faktury
2. Termin realizacji zamówienia: sukcesywnie przez okres 12 miesięcy od daty podpisania umowy, realizacja dostaw tylko w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. od 8:00 do 13:00
3. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczamy, że spełniamy następujące warunki:
  - a) dotyczące kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności

zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów oraz posiadanych zdolności technicznych i zawodowych;

b) dotyczącej sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej wykonanie zamówienia.

5. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia .

6. Osobą odpowiedzialną za realizację z naszej strony wykonania zamówienia jest Pani/Pan.....numer telefonu.....

7. Oferta zawiera .....stron kolejno ponumerowane

8. WYKONAWCA:

Nazwa Wykonawcy

.....

Adres .....

Nr telefonu.....

Nr faxu lub adres e-mail na który Zamawiający ma przesłać korespondencję.....

REGON.....

NIP.....

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, umowę w imieniu firmy podpiszą: .....

Miejscowość.....data.....

.....

Podpis (podpisy) osób  
uprawnionych do reprezentowania  
Wykonawcy

**Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są:**

1. Formularz cenowy – zał. nr 3
2. Zaświadczenia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia

a) .....

b) .....

c) .....

d) .....