

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa:

Siedziba:

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Dane dotyczące zamawiającego

Włodawskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum”
Społeczny Zakład Opieki Hospicyjnej „Hospicjum”
22-200 Włodawa, Al. J. Piłsudskiego 64, budynek II B (1 piętro)
tel./ fax. 82 5725859, e- mail: hospicjum@onet.eu

Zobowiązania wykonawcy

Oferuję dostawę leki, materiałów opatrunkowych za cenę:

Zadanie 1

cena netto..... zł (słownie:)

podatek VAT.....zł

cena brutto..... zł(słownie:)

Zadanie 2

cena netto..... zł (słownie:)

podatek VAT.....zł

cena brutto..... zł(słownie:)

Zadanie 3

cena netto..... zł (słownie:)

podatek VAT.....zł

cena brutto..... zł(słownie:)

Zadanie 4

cena netto..... zł (słownie:)

podatek VAT.....zł

cena brutto..... zł(słownie:)

Oświadczam, że:

1. Przedmiot zamówienia, który jest zakwalifikowany do wyrobów medycznych spełnia narzucone przepisami prawa wymagania w zakresie dopuszczenia do obrotu na terenie RP, posiada wymagane przepisami prawa świadectwa rejestracyjne zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010r Nr 107, poz. 679 z późn. zm.)
2. Oferowany asortyment spełniają wymogi co do opakowania (znak CE na opakowaniu) i przechowywania oraz posiada pozwolenie dopuszczające do obrotu na terenie RP.
3. Towar dostarczany będzie sukcesywnie w terminie dni roboczych od dnia zamówienia

4. Termin płatności: **60 dni**
5. Reklamacje będą załatwiane w terminie: do 3 dni roboczych.
6. Zamówienia należy składać na nr faksu:lub nr telefonu:
7. Informacje wykonawcy:

.....
.....

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)