/PIECZĘĆ WYKONAWCY/

**FORMULARZ OFERTOWY**

**„Dostawa rękawiczek diagnostycznych w okresie 24 miesięcy dla Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu” -01/Z/2017**

**WYKONAWCA:**

**1.Nazwa przedsiębiorstwa:** ........................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

**2.Adres przedsiębiorstwa:** .........................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

**3.Numer telefonu:** .......................................................................................................................

**4.Numer fax-u:** ...........................................................................................................................

**5.Numer konta bankowego:** .....................................................................................................

.....................................................................................................................................................

**6. NIP**……………………………………

**7. REGON**……………………………..

**8.adres e-mail**………………………………………………………………………………..

**9.strona internetowa**…………………………………………………………………………

1. Składamy ofertę na wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wymaganiami określonymi w specyfikacji nr 01/Z/2017

2. Cena jednostkowa przedmiotu zamówienia zaproponowana w ofercie przez nas jest ceną ostateczną i nie może ulec podwyższeniu,

3.Oferowany przedmiot zamówienia w wykazie asortymentowo-cenowym.

**4. Wartość zamówienia wynosi:**

**netto………………………………PLN**

**(słownie:…………………………………………………………………………………………………PLN)**

**brutto: ….………….………….….PLN**

**(słownie: ………………………………………..………………….…..……….……………………….PLN),**

5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Specyfikacją i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.

6. Oświadczamy, że sposób reprezentacji Firmy dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący (proszę wpisać osoby, które będą podpisywać umowę, w przypadku wyboru Państwa oferty)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

7. Oświadczamy, że osobą odpowiedzialną za realizację niniejszego zamówienia będzie: ………………………………. …………………………………………………

(proszę wpisać osobę oraz nr jej telefonu, która będzie odpowiedzialna za realizację niniejszego zamówienia, w przypadku wyboru Państwa oferty)

8. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

9. Oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie na warunkach określonych w specyfikacji nr 01/Z/2017 oraz przedstawionych w niniejszej ofercie.

10. Oświadczamy, że projekt umowy 01/Z/2017 został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zawartych w nim zasadach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

11.Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:
…………………………………

…………………………………

…………………………………

............................................................................

/DATA, PIECZĘĆ, PODPIS WYKONAWCY/

**Wykaz asortymentowo-cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa i określenie ( opis) przedmiotu zamówienia** | **Zamawiana ilość** | **Cena jedn. za 1 opak** | **Wartość netto** | **VAT ....%** | **Wartość brutto** |
| 1 | Rękawice diagnostyczne, winylowe bezpudrowe**Producent \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nazwa** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nr katalogowy****AQL****…………………………** | **16 000****opak****a’100szt** |  |  |  |  |
| 1 | Rękawice diagnostyczne, winylowe pudrowe**Producent \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nazwa** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nr katalogowy****AQL****…………………………….** | **1000****opak****a’100szt** |  |  |  |  |
| **razem** |  |  |  |

|  |
| --- |
|  Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego oświadczam, że wybór niniejszej ofertya) nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług\*b) będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług\*Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył:Poz……nazwa………………………………………o wartości netto…………….Poz……nazwa……………………………………o wartości netto……………Objętych przedmiotem zamówienia z tytułu:-mechanizmu odwróconego obciążenia podatkiem VAT\*-importu usług i towarów\*-wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów\**\*niepotrzebne skreślić* |

Data……………………………….

Podpis Wykonawcy…………………