

FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

ul. nr
 kod pocztowy miejscowość
 Nr tel.:
 REGON: NIP:
 KRS: (jeśli istnieje)
 e-mail:@.....
 http://.....

Oferta do zapytania na zakup wraz z dostawą produktów spożywczych, kawy i herbaty dla SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie.

- Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym opisem przedmiotu zamówienia za maksymalną łączną kwotę określoną w załączniku nr2 formularzu cenowym.
- Kwota brutto wynagrodzenia Wykonawcy obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, łącznie z podatkiem od towarów i usług VAT, ewentualnymi rabatami i innymi opłatami.
- Wykonawca winien uwzględnić w cenie oferty również wszystkie inne koszty jakie poniesie w związku z realizacją przedmiotu zamówienia, także niewymienione, a które mają wpływ na cenę oferty. Termin płatności faktury ustala się na: **30 dni**, licząc od dnia wykonania usługi wraz z dostarczoną prawidłowo wypełnioną fakturą do siedziby Zamawiającego. Zapłata wynagrodzenia nastąpi na wskazany na fakturze numer rachunku bankowego.
- Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Oświadczamy, iż bez zastrzeżeń przyjmujemy warunki zawarcia umowy i deklarujemy gotowość podpisania umowy niezwłocznie.
- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w ramach korespondencji udostępnioną na stronie: <http://zsm.com.pl/odo>.
- Oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję nie podlega wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r., poz. 835).

.....
 Data, miejsce

.....
 Podpis osoby upoważnionej
 do reprezentowania Wykonawcy