



FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Wykonawcy:

.....
.....

Adres Wykonawcy:

ul. nr kod pocztowy

mięscowość

Nr tel.:

REGON: NIP: KRS: (jeśli istnieje)

e-mail:@..... http://.....

Oferta do zapytania pn. „Dostawa źródeł radioaktywnych” dla SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie. Numer zapytania ZSM/ZRDOiMN/Z-1/2023.

1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym w Projektowanych Postanowieniach Umowy za maksymalną łączną kwotę: **zł brutto** (suma pakietów: nr 1, 2 oraz 3) – szczegółowo rozpisana w załączniku nr 3 do niniejszego zapytania.
2. Termin płatności - 60 dni licząc od dnia dostarczenia przedmiotu zamówienia i podpisania Protokołu oraz dostarczenia prawidłowo wypełnionej faktury do siedziby Zamawiającego. Zamawiający będzie dokonywał wszystkich płatności przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze. Zamawiający zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (t.j. Dz.U. 2020 poz. 2191) ma obowiązek odbierania od Wykonawcy faktur elektronicznych za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania. Zamawiający będzie dokonywał wszystkich płatności przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze.
Zamawiający korzysta z platformy PEF: <https://www.brokerinfinite.efaktura.gov.pl> i aplikacji: Infinite IT Solutions. Numer PEPPOL: 6271923530.
3. Zapewniamy, że oferowana przez nas dostawa źródeł radioaktywnych odpowiada wymaganiom stawianym w załączniku nr 2 do Zapytania ofertowego oraz w załączniku nr 3 do zapytania ofertowego (SAC).
4. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
6. Wraz z ofertą przedkładamy następujące oświadczenia i dokumenty:
a/.....zał. nr
b/.....zał. nr

.....
Data, miejsce

.....
Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy