



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 pn. „**Dostawa implantów piersi dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie**”; numer postępowania: **ZSM/AS/01/2024**.

- Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym w Projektowanych Postanowieniach Umowy za maksymalną łączną kwotę:
..... **zł brutto (słownie:**)
- szczegółowo rozpisaną w załączniku nr 2 do niniejszego zapytania.
- Oferujemy dostawy asortymentu (sukcesywne) do dni roboczych (termin nie dłuższy niż 3 dni), licząc od dnia złożenia zamówienia.
- 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.
- Zapewniamy, że oferowana przez nas dostawa implantów piersi odpowiada wymaganiom stawianym w załączniku nr 2 do Zapytania ofertowego (SAC) oraz w załączniku nr 3 do zapytania ofertowego
- Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Oświadczam, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
- Wraz z ofertą przedkładamy następujące oświadczenia i dokumenty:
a/.....zał. nr
b/.....zał. nr

.....
Data, miejsce

.....
Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy