## NZ/65/D/Nu/A/2020

## FORMULARZ OFERTOWY

**Szpital Powiatowy w Limanowej**

**Imienia Miłosierdzia Bożego**

**ul. Piłsudskiego 61  
34-600 Limanowa**

**UWAGA:** Wypełnia w całości (we wszystkich pozycjach wykropkowanych) i podpisuje Wykonawca. Obowiązkowe jest podpisanie każdej strony formularza. Jeśli w danej pozycji informacja jest „negatywna” należy wypełnić tę pozycję poprzez zapis: nie ma, nie posiada, nie dotyczy lub kreska /-/

**NAZWA WYKONAWCY:**

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

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

**ADRES (siedziba) WYKONAWCY:**

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

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

**powiat:** ................................................................................................................

**województwo:** ....................................................................................................

**KRS/EDG/CEIDG:** ...................................................

**REGON:** ................................................................... **NIP:** ............................................…………………………

**tel.:** ............................................................... **fax:** ..............................................................

**e-mail: ................................................................. strona internetowa: ............................................**

**Przedkładamy ofertę na przetarg nieograniczony – procedura poniżej 30 000 €** **na Dostawy odzieży ochronnej i obuwia ochronnego dla pracowników Szpitala Powiatowego w Limanowej ujęte 2 zadaniach częściowych.**

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Istotnych Warunków Zamówienia wraz z załącznikami w tym   
z projektem umowy, nie wnosimy do niej zastrzeżeń i w przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy uwzględniającej warunki zamawiającego oraz przystąpienia do zgodnej z nimi realizacji zamówienia.

Jednocześnie oświadczamy, że uznajemy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w IWZ.

**Warunki oferowane przez naszą firmę – istotne dla realizacji w/w zamówienia, są następujące:**

##### CENA

#### Zadanie nr 1: Odzież ochronna

netto: .................................... zł. podatek VAT ................................ zł.

**brutto: .................................. zł.** (słownie złotych: .......................................................................................................................................  )

#### Zadanie nr 2: Obuwie ochronne

netto: .................................... zł. podatek VAT ................................ zł.

**brutto: .................................. zł.** (słownie złotych: .......................................................................................................................................  )

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania danych osobowych przez Szpital w ramach niniejszego zamówienia. Oświadczam, że zostały przeze mnie wypełnione obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODOwobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane do umowy:** |  |  |
|  |  |  |
| **Osoby które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:** | | |
| **Osoba(y) odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy** | | |
| **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** | **Faks; e-mail Nr telefonu / e-mail** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Załącznikami do niniejszej oferty jest:**

1. .......................................................................................................................................................................
2. ........................................................................................................................................................................
3. ........................................................................................................................................................................
4. ........................................................................................................................................................................
5. ........................................................................................................................................................................
6. ........................................................................................................................................................................
7. ........................................................................................................................................................................
8. ........................................................................................................................................................................
9. ........................................................................................................................................................................

**Data: …………............**