



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE
41-500 Chorzów ul. Zjednoczenia 10
tel. /0-32/ 34-63-650 fax. /0-32/ 241-47-33
www.sswch.pl
email: sekretariat@sswch.pl



ISO 9001
LL-C (Certification)

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY

I. Nazwa i adres Zamawiającego :

Szpital Specjalistyczny w Chorzowie

ul. Zjednoczenia 10

41-500 Chorzów

tel. 32 34 63 652

e-mail dzp@sswch.pl

www.sswch.pl

II. Nazwa postępowania:

„Dostawę ergonomicznego sprzętu biurowego dla Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie”. Znak sprawy: 4-8/749/12/20

III. Nazwa i adres Wykonawcy:

Nazwa.....

Adres

.....

tel.

fax

Regon

NIP

KRS

Adres poczty elektronicznej

Adres do korespondencji:.....



(pieczęć Wykonawcy)

IV. Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia, w terminie - licząc od dnia zawarcia umowy, za ceny netto i brutto jak w arkuszach cenowych, udzielamy gwarancji na poszczególne pakiety:





SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE
41-500 Chorzów ul. Zjednoczenia 10
tel. /0-32/ 34-63-650 fax. /0-32/ 241-47-33
www.sswch.pl
email: sekretariat@sswch.pl



ISO 9001
LL-C (Certification)

Pakiet nr 1 – * Ergonomiczne krzesło biurowe – 75 sztuk

..... zł netto + zł VAT (.....%) =
.....zł brutto
Słownie brutto:

Pakiet nr 2 - * Podkładki pod nadgarstki – 75 sztuk

..... zł netto + zł VAT (.....%) =
.....zł brutto
Słownie brutto:

Pakiet nr 3 - * Lampka biurowa – 60 sztuk

..... zł netto + zł VAT (.....%) =
.....zł brutto
Słownie brutto:

Pakiet nr 4 - * Ergonomiczne biurko (wraz z kontenerkiem) – 40 sztuk

..... zł netto + zł VAT (.....%) =
.....zł brutto
Słownie brutto:

Uwaga: Cenę oferty należy podać w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Łączna cena oferty musi obejmować cały zakres zamówienia określony w pakiecie. W cenie tej należy uwzględnić także inne koszty o ile Wykonawca je przewiduje (np. opłaty, ubezpieczenia, koszt transportu itp.). Przy obliczaniu ceny należy uwzględnić, że cena będzie obowiązywać strony przez cały okres realizacji zamówienia.

V. Deklarujemy:

Pakiet nr 1

- a) termin wykonania zamówienia: dni
- b) okres gwarancji na przedmiot zamówienia: miesięcy (min. 12 m-cy max. 48)

Pakiet nr 2

- a) termin wykonania zamówienia: dni
- b) okres gwarancji na przedmiot zamówienia: miesięcy (min. 12 m-cy max. 48)

Pakiet nr 3

- a) termin wykonania zamówienia: dni
- b) okres gwarancji na przedmiot zamówienia: miesięcy (min. 12 m-cy max. 48)

Pakiet nr 4



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE
41-500 Chorzów ul. Zjednoczenia 10
tel. /0-32/ 34-63-650 fax. /0-32/ 241-47-33
www.sswch.pl
email: sekretariat@sswch.pl



ISO 9001
LL-C (Certification)

- a) termin wykonania zamówienia: dni
- b) okres gwarancji na przedmiot zamówienia: **miesiące (min. 12 m-cy max. 48)**

- 2 -

VI. Ponadto oświadczamy, że:

- a) Zapoznaliśmy się z wymaganiami przedstawionymi w zapytaniu ofertowym wraz z załącznikami i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
- b) W przypadku wyboru niniejszej Oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w Zaproszeniu do składania ofert.
- c) Wskazane wyżej ceny brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia obejmują wszelkie koszty wykonania zamówienia.

VIII. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon, Fax	
Adres e-mail	

IX. Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty są:

- a) Arkusz/arkusze cenowe.
- b) Podpisane oświadczenie.
- c) Zaakceptowany wzór umowy.
- d)

..... dnia

podpis osoby uprawnionej do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE
41-500 Chorzów ul. Zjednoczenia 10
tel. /0-32/ 34-63-650 fax. /0-32/ 241-47-33
www.sswch.pl
email: sekretariat@sswch.pl



ISO 9001
LL-C (Certification)

* niepotrzebne skreślić

- 3 -