* + - 1. …………………….………………………….........................
      2. / miejscowość, data wystawienia dokumentu/  **FORMULARZ OFERTY DO SPRAWY NUMER 10/AT/TP/2022**

1. **I. Wykonawca**

1. Nazwa i adres :

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

1. NIP: ...........................................
2. REGON : .....................................
3. Telefon : .......................................
4. Fax : ..........................................
5. e-mail : .........................................
6. nr KRS lub innego dokumentu .......................................

/podać posiadane aktualne dane/

2. Nazwa banku i numer konta, na które należy dokonać zapłaty:

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

3. Stanowisko oraz imię i nazwisko osoby upoważnionej do zawarcia umowy:

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

4. Oświadczamy, że :

a) gwarantujemy niezmienność cen przez okres obowiązywania umowy,

b) posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności będącej przedmiotem zamówienia,

c) posiadamy wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i kadrowym niezbędnym do wykonania zamówienia,

d)znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

e) akceptuje projekt umowy, zobowiązuję się zawrzeć umowę z Zamawiającym w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego w ogłoszeniu postępowania;

* 1. f)uważamy się związanych z ofertą przez okres 45 dni od upływu terminu składania ofert..

**II. Przedmiot zamówienia**

Świadczenie przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego usług w zakresie sprzedaży i dostarczenia zgodnie z opisem i wymaganiami opisanymi w przedmiocie zamówienia:

Grupa 1

Obuwie damsko- męskie przeznaczone dla personelu medycznego(białe lub czarne),

* + 1. **III. Oferowana stawka za realizację przedmiotu zamówienia :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * + 1. **Lp.** | * + 1. **Rodzaj obuwia** | * + 1. **Szacunkowa ilość zamówienia w okresie 18 mc** | * + 1. **Cena jednostkowa netto zł** | * + 1. **Wartość netto** | * + 1. **Wartość VAT %** | * + 1. **Wartość brutto** |
| * + 1. **Grupa nr 1** | | | | | | |
| * + 1. **1.** | Obuwie damsko- męskie przeznaczone dla personelu medycznego (białe) | * + 1. 550 |  |  |  |  |

**IV. Warunki płatności: płatność przelewem w terminie, dni:**

60 dni przelew

**V. Okres – termin wykonania zamówienia:**

18 miesięcy licząc od dnia zawarcia umowy

**VI. Okres gwarancji - ilość miesięcy**

…...............……………………………………………………...

**ZAŁĄCZAM DO OFERTY:**

**- broszury i/ lub katalogi z fotografiami i opisem oferowanego asortymentu z opisem metod konserwacji potwierdzającego wymagania oraz stawiane Wykonawcy.**

**- kopie deklaracji zgodności dla oferowanego asotymentu potwierdzające cechy produktu (deklaracja zostanie wystawiona zgodnie z wymaganiami prawnymi).**

**Pouczenie, ważne:**

Formularz musi być wypełniony czytelnie , w języku polskim i podpisany przez osobę uprawnioną oraz do formularza muszą być dołączone wymagane dokumenty.

------------------------------------------------

/ pieczątka, podpis osoby uprawnionej /