

Formularz ofertowy

na wykonanie zadania: „Sukcesywna dostawa pieluchomajtek, anatomicznych majtek chłonnych i anatomicznych wkładek urologicznych (dla dorosłych) dla Domu Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy ul. Strażacka 8”.

I. Nazwa zamawiającego: Dom Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy

Kierownik zamawiającego: Dyrektor DPS Pani Jolanta Osuch

ul. Strażacka 8, kod: 47-100

Miejscowość: Strzelce Op. Powiat: strzelecki

e-mail: dps.strzelceopolskie@wp.pl

tel. /fax 077/461-34-80

II. Nazwa i adres Wykonawcy:

Nazwa

Siedziba

Województwo

Nr telefonu

Nr faksu

III. Nazwa i przedmiot zamówienia:

„Sukcesywna dostawa pieluchomajtek, anatomicznych majtek chłonnych i anatomicznych wkładek urologicznych (dla dorosłych) dla Domu Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy ul. Strażacka 8”.

IV. Wartość zamówienia:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Załącznik nr 1:*

Kwota netto zł

(słownie:

.....)

Kwota podatku VAT zł

(słownie:

.....)

Kwota brutto zł

(słownie:

.....)

1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS

(słownie:

2. do zapłaty przez mieszkańca

(słownie:

Załącznik nr 2* :

Kwota netto zł

(słownie:

.....)

Kwota podatku VAT zł

(słownie:

.....)

Kwota brutto zł
(słownie:).

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS
(słownie:)**

**2. do zapłaty przez mieszkańca
(słownie:)**

Załącznik nr 3*:

Kwota netto zł
(słownie:)

Kwota podatku VAT zł
(słownie:)

Kwota brutto zł
(słownie:).

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS
(słownie:)**

**2. do zapłaty przez mieszkańca
(słownie:)**

Załącznik nr 4*:

Kwota netto zł
(słownie:)

Kwota podatku VAT zł
(słownie:)

Kwota brutto zł
(słownie:).

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS
(słownie:)**

**2. do zapłaty przez mieszkańca
(słownie:)**

Załącznik nr 5*:

Kwota netto zł
(słownie:)

Kwota podatku VAT zł
(słownie:)

Kwota brutto zł
(słownie:).

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS
(słownie:)**

**2. do zapłaty przez mieszkańca
(słownie:)**

Załącznik nr 6*:

Kwota netto zł
(słownie:)

Kwota podatku VAT zł
(słownie:)

Kwota brutto zł
(słownie:)

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS
(słownie:)**

**2. do zapłaty przez mieszkańca
(słownie:)**

Załącznik nr 7*:

Kwota netto zł
(słownie:)

Kwota podatku VAT zł
(słownie:)

Kwota brutto zł
(słownie:)

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS
(słownie:)**

**2. do zapłaty przez mieszkańca
(słownie:)**

Wynagrodzeniem określonym w umowie z wybranym oferentem będzie kwota wartości brutto, wskazana jako „odpłatność po refundacji z NFZ do zapłaty przez DPS”.

2. Deklaruję ponadto: *

- a) termin wykonania zamówienia: do dnia 31.12.2019r.
- b) okres gwarancji: gwarancja producenta.
- c) warunki płatności:

3. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącego integralną część oferty są: *

1. załącznik nr 1, 2, 3, 4, 5, 6,7 *

2. aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej.

3. Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia w ofercie atestu i certyfikatu CE na oferowany produkt, które należy dołączyć w formie kserokopii do oferty.

Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych, obejmujących jedną, dwie, trzy, cztery, pięć, sześć lub siedem części zadania.

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć Wykonawcy

* niepotrzebną część skreślić