

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.strzelcepolskie@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:)**

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 31.12.2020r.
- 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 *
- 2. aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej – załącznik nr 6.
- 3. Wykonawca może złożyć ofertę na całość jak również na jedną z w/w części zamówienia (załącznik nr 1, 2, 3, 4, 5).
- 4. Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia w ofercie atestu i certyfikatu CE oraz kart charakterystyki na oferowany produkt, które należy dołączyć w formie kserokopii do oferty – Załącznik nr 7.
- 5. Wykonawca zobowiązany jest dołączyć do oferty 2 szt pieluchomajtki rozmiar M – dzienny i nocny.

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć Wykonawcy

* niepotrzebną część skreślić