

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 130 000 zł. na:

Udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia świadczeń w postaci prowadzenia pomiarów dawek promieniowania fotonowego

1. Nazwa i adres Zamawiającego

Szpital Powiatowy w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul. Miodowa 14

tel. 32 67 40 200

Godziny urzędowania: 7:25 – 15:00

REGON 276271110, NIP 649-19-18-293

www.szpitalzawiercie.pl

2. Opis przedmiotu zamówienia: Udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia świadczeń w postaci prowadzenia pomiarów dawek promieniowania fotonowego.

3. Nazwa i adres Wykonawcy

Nazwa.....

Adres.....

NIP.....REGON.....

Tel

e-mail:www.

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

	Szacunkowa ilość (36 miesięcy)	Cena jednostkowa (netto)*	Cena jednostkowa (brutto)*
Dozymetr pierścionkowy	180		
Dozymetr indywidualny na całe ciało	1 260		
Dozymetr soczewki oka	24		

	W przypadku zagubienia lub zniszczenia dozymetru:	
	Cena jednostkowa (netto)	Cena jednostkowa (brutto)
Dozymetr pierścionkowy		
Dozymetr indywidualny na całe ciało		
Dozymetr soczewki oka		

* Zaoferowane ceny zawierają wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia tj. dozymetr z pomiarem.

4. Okres obowiązywania umowy: 01.04.2023r. – 31.03.2026r.
5. Termin zapłaty za prawidłowo wystawioną i doręczoną fakturę - 14 dni.
6. Oferowany okres gwarancji - Oferent gwarantuje stałość cen w trakcie trwania umowy.
7. Termin związania ofertą – 30 dni.

Uwagi:

- a. Oświadczam, że zapoznałem/-am się szczegółowo z warunkami postępowania i uzyskałem/-am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag.
- b. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią wzoru umowy i akceptuję bez zastrzeżeń jej treść.

.....
data i podpis Wykonawcy