

..... dnia .....

## OFERTA

### **Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa: .....

Adres: ulica ..... kod ..... miejscowość .....

tel.: ..... fax: .....

e-mail: .....

NIP: .....

REGON: .....

Niniejszym w imieniu wymienionego powyżej Wykonawcy oferujemy następującą cenę ofertową obliczoną zgodnie z wymogami pobranej od Zamawiającego SIWZ:

### **„Dostawę rękawic medycznych jednorazowego użytku na potrzeby uczestników pilotażowej medycznej grupy zakupowej”**

1. Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
01 – 211 Warszawa ul. Kasprzaka 17
2. Szpital Praski Sp. z o. o. 03-401 Warszawa ul. Solidarności 67
3. Szpital Solec Sp. z o. o. 00-382 Warszawa ul. Solec 93
4. Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SPZOZ 02-544 Warszawa ul. Madalińskiego 25

### **PAKIET I**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

W tym odpowiednio w pakiecie I dla każdego z zamawiających uczestników grupy:

#### **1. Szpital Wolski 01 – 211 Warszawa ul. Kasprzaka 17**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

#### **2. Szpital Praski Sp. z o. o. 03-401 Warszawa ul. Solidarności 67**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**3. Szpital Solec Sp. z o. o. 00-382 Warszawa ul. Solec 93**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**4. Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SPZOZ 02-544 Warszawa ul. Madalińskiego 25**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**PAKIET II**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

W tym odpowiednio w pakiecie II dla każdego z zamawiających uczestników grupy:

**1. Szpital Wolski 01 – 211 Warszawa ul. Kasprzaka 17**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**2. Szpital Praski Sp. z o. o. 03-401 Warszawa ul. Solidarności 67**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**3. Szpital Solec Sp. z o. o. 00-382 Warszawa ul. Solec 93**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**4. Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SPZOZ 02-544 Warszawa ul. Madalińskiego 25**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)  
Podatek VAT .....%  
Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**PAKIET III**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)  
Podatek VAT .....%  
Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

W tym odpowiednio w pakiecie III dla każdego z zamawiających uczestników grupy:

**1. Szpital Wolski 01 – 211 Warszawa ul. Kasprzaka 17**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)  
Podatek VAT .....%  
Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**2. Szpital Praski Sp. z o. o. 03-401 Warszawa ul. Solidarności 67**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)  
Podatek VAT .....%  
Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**3. Szpital Solec Sp. z o. o. 00-382 Warszawa ul. Solec 93**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)  
Podatek VAT .....%  
Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**4. Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SPZOZ 02-544 Warszawa ul. Madalińskiego 25**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)  
Podatek VAT .....%  
Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**PAKIET IV**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)  
Podatek VAT .....%  
Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

W tym odpowiednio w pakiecie IV dla każdego z zamawiających uczestników grupy:

**1. Szpital Wolski 01 – 211 Warszawa ul. Kasprzaka 17**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**2. Szpital Praski Sp. z o. o. 03-401 Warszawa ul. Solidarności 67**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**3. Szpital Solec Sp. z o. o. 00-382 Warszawa ul. Solec 93**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

**4. Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SPZOZ 02-544 Warszawa ul. Madalińskiego 25**

Cena netto .....zł (słownie: .....zł)

Podatek VAT .....%

Cena brutto .....zł (słownie: .....zł)

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania.
2. Oświadczamy, że dostarczymy przedmiot zamówienia w terminie .... dni ( maksimum do 5 dni roboczych) od daty złożenia zamówienia.
3. Wykonawca udziela Zamawiającym gwarancji na okres .....(minimum 12 miesięcy), że towar jest dobrej jakości i wolny od wad.
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami umowy, które zostały zawarte w załączniku nr 5 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty częściowej do zawarcia umowy na zawartych tam warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Pełnomocnika Zamawiającego.

- 
6. W przypadku wyboru naszej oferty osobą upoważnioną do podpisania umowy z naszej strony jest: .....
  7. Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty zgodnie z SIWZ:  
Specyfikacja asortymentowa – załącznik nr 2 do SIWZ.

---

Podpisy i pieczętki imienne osób Wykonawcy  
upoważnionych do zaciągania zobowiązań w  
wysokości odpowiadającej cenie oferty