

Załącznik nr 1 – Formularz Oferty

FORMULARZ OFERTY
dotyczący zakupu sprzętu medycznego

I. ZAMAWIAJĄCY:

„Krynicki Dwór” Katarzyna Ojrzyńska
ul. Wiślana 1
82-120 Krynica Morska
NIP: 5791401777

II. OFERENT:

Nazwa i adres Oferenta	
NIP:	
REGON:	

III. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:

Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

IV. CENA, OKRES GWARANCJI ORAZ CZAS REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

WYSZCZEGÓLNIENIE	WARTOŚĆ
Cena netto zł
Stawka podatku VAT %
Cena brutto zł
Okres gwarancji mies.
Czas realizacji tyg.

V. OŚWIADCZENIA OFERENTA:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Posiadam wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym, a także osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
2. Nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z „Krynicki Dwór” Katarzyna Ojrzyńska (zwany dalej: Zamawiającym) lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, w szczególności poprzez:
 - a) uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
 - b) posiadanie co najmniej 5% udziałów lub akcji;
 - c) pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
 - d) pozostawaniu w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności w wyborze Wykonawcy, w szczególności pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....

Data

.....

Pieczęć i podpis Oferenta