

## FORMULARZ OFERTY

Nazwa Oferenta:

Siedziba Oferenta:

nr tel. .... / nr fax.: .....

e-mail: .....

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

Dane osoby wyznaczonej przez Oferenta do kontaktów ze Składającym zapytanie:

Imię i nazwisko.....

Nawiązując do zapytania ofertowego, którego przedmiotem jest „Sukcesywna dostawa materiałów stomatologicznych” - znak sprawy: ZWPS/DAI/3920/2024, oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami zapytania ofertowego za cenę :

Cena brutto \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

Słownie: \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

Termin realizacji przedmiotu umowy: 12 miesięcy od dnia podpisania Umowy.

1. Oświadczamy, że cena przedstawiona w ofercie obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia (tzn. w szczególności: transport, czynności związane z przygotowaniem dostawy, opłaty wynikające z polskiego prawa celnego, podatkowego itp.).
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*  
*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa i wówczas przekreśla jego treść.*
3. Termin i warunki płatności: zapłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto bankowe Wykonawcy wskazane w fakturze, w terminie 30 dni od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury.
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni od otwarcia ofert.
5. Oświadczam, że zapoznałem/ się z treścią wzoru umowy i akceptuję go bez zastrzeżeń.

....., dnia ..... 2024 r.

Podpis osób/ osoby upoważnionej