*Załącznik nr 1*

…………………………………..

*pieczątka firmowa Wykonawcy*

**Stołeczne Centrum**

**Opiekuńczo -Lecznicze Spółka z o.o.**

**ul. Mehoffera 72/74**

**03-131 Warszawa**

**FORMULARZ OFERTOWO- CENOWY**

1. **Przedmiot postępowania:**

**Sukcesywna dostawa rękawic diagnostycznych niltrylowych do Stołecznego Centrum Opiekuńczo- Leczniczego Spółka z o.o. ul. Mehoffera 72/74, 03-131 Warszawa.**

1. **Dane Wykonawcy**

Pełna nazwa ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Dokładny adres:

miejscowość………………………………………………………………………………..……………

ul……………………………………………………… tel. …………………………..

e-mail………………………………………………………………

Numer wpis do rejestru sądowego/ ewidencji działalności gosp. ……………………………

NIP…………………………………………

Regon…………………………………….

Numer konta do umowy: ………………………………………………………………………………………………

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………...………

Adres: ………………………………………………………………………………………….……………..………….………

nr telefonu: ……………………………………………………………………………………………………………..……

nr faksu: ………………………………………………………………………………………….……………….…….………

E-Mail: ………………………………………………………………………………………….…………………………….…

**OSOBA UPRAWNIONA DO REPREZENTOWANIA FIRMY ( ujawnione w rejestrze lub ewidencji bądź pełnomocnictwo)**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………...………

pełniona funkcja ……………………………………………………………………………….……………..………….………

**Wykonawca przy wykonywaniu zamówienia w zakresie transportu będzie\*/nie będzie\* korzystać   
z podwykonawcy (\*- niepotrzebne skreślić)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa i adres podwykonawcy )

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

* cena netto: ………………....…..zł.,

słownie:............................................................................................................................,

* podatek VAT: ……………………...zł.,

słownie:...........................................................................................................................,

* cena brutto: ……………………...zł.

słownie:...........................................................................................................................,

w oparciu o jednostkowe ceny netto oraz podatek VAT, naliczony zgodnie   
z obowiązującymi przepisami. Zapłata dokonana będzie w sposób określony w Umowie.

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z warunkami przedmiotu zamówienia i warunki te przyjmuję bez zastrzeżeń.
2. Przedmiot zamówienia spełnia polskie normy jednocześnie gwarantujemy wysoką jakość dostarczonego przedmiotu umowy.
3. Wykonawca dowozić będzie przedmiot zamówienia własnym transportem do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy ul. Olchy 8 w Warszawie, Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego przy ul. Szubińskiej 4.
4. Dostawy przedmiotu umowy odbywać się będą do Zakładów minimum 2 razy w miesiącu w godzinach od 8.00 do 13.00.
5. Okres płatności wynosi 30 dni od daty dostarczenia faktury do Zamawiającego.
6. Przedmiot zamówienia wykonamy przez okres 12 miesięcy.
7. Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przed okres 30 dni licząc  
   od daty wyznaczonej na składanie ofert.
8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w projekcie umowy  
   i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

................................., dnia ................................

.........................................................

*pieczątka/i imienna/e   
i podpis/y upoważnionego/ych*

*przedstawiciela/i wykonawcy*