

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY zał. nr 1

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: PHU Ingwar

Siedziba: ul. Pana Tadeusza 20A/35, 10-461 Olsztyn Województwo Warm.-Maz.

Adres poczty elektronicznej: biuro@ingwar.com.pl

Strona internetowa: www.ingwar.com.pl

Numer telefonu: 0 (89) 6707209 tel. kom. 603313244*

Numer faksu: 0 (89) 6707011

Numer REGON: .280406133

Numer NIP: 8451504847

Nr rachunku rozliczeniowego 53 1020 3541 0000 5602 0174 8813

Godziny urzędowania 9:00 – 16:00

Jestem: osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą — nie prowadzącą działalności... / mikro / małym / średnim / dużym / innym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-86PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	8760.00	2014.80	23	10774.80
2	68125.00	15668.75	23	83793.75
5	2200.00	506.00	23	2706.00

/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/

4. Oświadczam, że:

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 89/6707011, biuro@ingwar.com.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

Wioletta Wiśniewska tel. Kontaktowy 896707209 mail: biuro@ingwar.com.pl

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Krzysztof Wiśniewski tel. Kontaktowy 896707209 mail, : biuro@ingwar.com.pl

6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /skreślić jeśli nie dotyczy/

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon.....Fax.....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do zawarcia umowy

7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

SZP-332-86PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY zał. nr 1

1. Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: Faxiko Sp. z o.o.

Siedziba: Olsztyn Województwo warmińsko-mazurskie

Adres poczty elektronicznej: info@faxiko.pl

Strona internetowa: www.faxiko.pl

Numer telefonu: 0 (89) 5273488 tel. kom. 602416235*

Numer faksu: 0 (89) 5273488.

Numer REGON: 510254898

Numer NIP: 7391002017

Nr rachunku rozliczeniowego 80124015901111000014527276

Godziny urzędowania 7:30 – 15:30

Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą – nie prowadząca działalności...~~ / mikro / małym / średnim / dużym / innym – przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-86PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
3	3984,00	916,32	23	4900,32
4	4614,00	1061,22	23	5675,22

/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/

4. Oświadczam, że:

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.

4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.

4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres 895273488, info@faxiko.pl

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

Nowakowski Marcin tel. kontaktowy 895273488 mail: info@faxiko.pl

► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Nowakowski Marcin tel. kontaktowy 895273488 mail, : info@faxiko.pl

6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* /skreślić jeśli nie dotyczy/

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon.....Fax.....

Zakres: do reprezentowania w postępowaniu; do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy; do zawarcia umowy

7. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

7.1. Oświadczamy, że zapoznałem/zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie

SZP-332-86PN-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie