

## 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

### 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-332-106KO-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          | 18080.00       | 4158.40           | 23           | 22238.40       |

*/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 896707011/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-332-106PN-2021

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie