



FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące wykonawcy*

Nazwa: FIRMA HANDLOWO USŁUGOWA ELUDIAN
ADRIANNA KORDEK

Siedziba: UL. K. J. LDEFONSA GAŁCZYŃSKIEGO 2, 80-524 GDANSK

Adres poczty elektronicznej: plus-service.gwp.pl

Strona internetowa:

Numer telefonu: 0 (...) - (GSM) 662 071 624

Numer faksu: 0 (...) -

Numer REGON: 72 14 17 956

Numer NIP: 584 281 7402

Godziny urzędowania 8 - 16

Nr rachunku bankowego

2. Dane dotyczące zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr Stanisława Popowskiego w
Olsztynie
adres siedziby: ul. Żołnierska 18a ; 10-561 Olsztyn
NIP 7392954843 Regon 000295580

Wykonawca lub osoba upoważniona do prowadzenia negocjacji cenowych w imieniu
Wykonawcy

ADAM KORDEK nr telefonu 662071624 adres e-mail plus-service.gwp.pl

3. Zobowiązania Wykonawcy

Nawiązując do zamówienia, którego przedmiotem jest: **dostawa wraz z dostarczeniem do siedziby Zamawiającego opakowań jednorazowych przeznaczonych dla Kuchni szpitalnej** (nr sprawy: Znak sprawy SZP-332-68KO-2022) oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty*

Zadanie numer	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	64.228,00	14.772,44	23%	79.000,44

4. Oświadczam, że* :

- Wykonam zamówienie w wymaganym w SWZ okresie
- Akceptuję termin płatności: do 30 dni od daty wystawienia faktury.
- Oświadczam, iż wszelkie usterki i wady dot. przedmiotu zamówienia będą usuwane w terminie wymaganych przez Zamawiającego w Specyfikacji przedmiotowego postępowania. Wnioski i zgłoszenia należy kierować na adres: Nazwa i adres oraz nr tel. i fax lub e-mail..... TEL 662071624
- Osoba odpowiedzialna za wykonanie przedmiotu zamówienia jest ADAM KORDEK nr tel..... fax 662071624
- Termin związania ofertą – 30 dni.
- Na oferowany przedmiot zamówienia udzielam gwarancji w ilości zadanie nr
..... 1 miesięcy*

5. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji zamówienia.

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy***

Nazwa: ROAN PISKORZ, LISZEWSKI SPÓŁKA KOMANDYTOWA

Siedziba: 16-400 SUWAŁKI, UL.HUBALA 4

Adres poczty elektronicznej: roanpisz@wp.pl.

Strona internetowa:

Numer telefonu: 0 (...) (GSM) ..602 310 102

Numer faksu: 0 (...)

Numer REGON: .790011492

Numer NIP: .844-20-19-414

Godziny urzędowania..... 7- 15

Nr rachunku bankowego . 11 1240 5891 1111 0010 8650 9944

2. Dane dotyczące zamawiającego**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie**

adres siedziby: ul. Żołnierska 18a ; 10-561 Olsztyn

NIP 7392954843

Regon 000295580

Wykonawca lub osoba upoważniona do prowadzenia negocjacji cenowych w imieniu Wykonawcy**KRZYSZTOF JAŁOSZEWSKI .nr telefonu- 602 310 102 adres e-mail – roanpisz@wp.pl *****3. Zobowiązania Wykonawcy**

Nawiązując do zamówienia, którego przedmiotem jest: **dostawa wraz z dostarczeniem do siedziby Zamawiającego opakowań jednorazowych przeznaczonych dla Kuchni szpitalnej** (nr sprawy: Znak sprawy SZP-332-68KO-2022) oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty*

Zadanie numer	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	62183,00	14302,09	23	76485,09

4. Oświadczam, że* :

- Wykonam zamówienie w wymaganym w SWZ okresie
- Akceptuję termin płatności: do 30 dni od daty wystawienia faktury.
- Oświadczam, iż wszelkie usterki i wady dot. przedmiotu zamówienia będą usuwane w terminie wymaganych przez Zamawiającego w Specyfikacji przedmiotowego postępowania. Wnioski i zgłoszenia należy kierować na adres: Nazwa i adres oraz nr tel. i fax lub e-mail....668 191 702, 602 310 102, roanpisz@wp.pl
- Osoba odpowiedzialna za wykonanie przedmiotu zamówienia jest Krzysztof Jałoszewski nr tel, 602 310 102 fax
- Termin związania ofertą – 30 dni.
- Na oferowany przedmiot zamówienia udzielam gwarancji w ilości zadanie nr
..... miesięcy*

5. Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji zamówienia.

SZP-332-68KO/2022

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

1

Podpisano przez/ Signed by:
KRZYSZTOF
JAŁOSZEWSKI
Data/ Date: 05.10.2022 13:49
mSzafir