

FORMULARZ OFERTY

Dotyczy: dostawy wyrobów medycznych - obłożenia dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.

| | |
|--|---|
| Oznaczenie wykonawcy – nazwa | NIP |
| Adres (ulica, miejscowość, powiat, województwo) | Regon |
| Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu: Imię i nazwisko: nr telefonu: | Forma kontaktu, czynnego całą dobę, za pomocą którego zamawiający będzie przysyłał stosowne dokumenty dotyczące przedmiotowego postępowania: Adres e-mail Wykonawcy: Jeśli dostępny: Nr fax: |

1. Oferuję dostarczenie wyrobów medycznych dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w cenach zawartych w załączniku nr 2 – formularz asortymentowo cenowy.
2. Oferuje termin płatności **60 dni** od dnia doręczenia faktury.
3. Oferuję czas realizacji dostawy w terminie do ____ godzin (maksymalnie 96h) od dnia złożenia zamówienia, powyższy termin dotyczy również pierwszej dostawy od dnia zawarcia umowy.
4. Oferuję czas realizacji reklamacji w terminie do ____ godzin (maksymalnie 72 h) od dnia złożenia reklamacji.
5. Osobą upoważnioną do realizacji zamówienia jest p. Przemysław Rokicki nr tel. 42 689 51 01; e-mail: p.rokicki@kopernik.lodz.pl.

Podpis/kwalifikowany podpis/elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty