



.....  
(pieczęć firmy)

.....  
(miejsowość, data)

### FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa oferenta: .....

.....

Siedziba oferenta: .....

.....

Adres poczty elektronicznej: .....

Numer telefonu: .....

Numer REGON: .....

Numer NIP: .....

Osoba wyznaczona do kontaktów: .....

tel.: .....

Nawiązując do Zaproszenia do składania ofert na dostawę odzieży medycznej ochronnej szczegółowo opisanych w załączniku nr 2 Formularzu cenowym stanowiącym integralną część niniejszego Formularza ofertowego na rzecz Bonifraterskiego Centrum Medycznego sp. z o.o. Szpitala Zakonu Bonifratrów pw. Aniołów Stróżów w Katowicach następującą ofertę cenową:

Lp.	Asortyment wg pakietów	Wartość netto	VAT zł	Wartość brutto
1.	Odzież medyczna			

Szpital Zakonu Bonifratrów pw. Aniołów Stróżów w Katowicach  
ul. Ks. Leopolda Markiecki 87, 40-211 Katowice, +48 32 357 62 00, katowice@bcmbonifratrzy.pl

Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o.o.  
ul. Gen. Romualda Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław, +48 530 424 426, sekretariat@bcmbonifratrzy.pl www.bcmbonifratrzy.pl  
Adres do korespondencji: ul. Podwale 7, 50-043 Wrocław, NIP: 8992919206, REGON: 521336320  
Kapitał zakładowy: 34 524 150 PLN, Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000952604



## Bonifraterskie Centrum Medyczne

### 2. Oświadczenia Oferenta:

1) Nie podlegam wykluczeniu.

2) Spełniam warunki udziału w niniejszym postępowaniu dotyczące:

- Zdolności do występowania w obrocie gospodarczym,
- Uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów,
- Sytuacji ekonomicznej lub finansowej,
- Zdolności technicznej lub zawodowej.

3) Akceptuję termin płatności 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

4) Przedmiotowe zamówienie zobowiązuje się wykonać zgodnie z wymaganiami określonymi w Zaproszeniu do składania ofert.

5) Oświadczam/y, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.

6) Akceptuję wzór umowy (tj. załącznik nr 3) i w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

7) Akceptuję wskazany w zaproszeniu do składania ofert okres związania z ofertą.

8) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania postępowaniu art. 7 ust.1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

.....  
Podpisy oferenta lub osób uprawnionych do reprezentowania oferenta

Szpital Zakonu Bonifratrów pw. Aniołów Stróżów w Katowicach

ul. Ks. Leopolda Markiefki 87, 40-211 Katowice, +48 32 357 62 00, katowice@bcmbonifratrzy.pl

Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o.o.

ul. Gen. Romualda Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław, +48 530 424 426, sekretariat@bcmbonifratrzy.pl www.bcmbonifratrzy.pl

Adres do korespondencji: ul. Podwale 7, 50-043 Wrocław, NIP: 8992919206, REGON: 521336320

Kapitał zakładowy: 34 524 150 PLN, Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000952604