

IRID.BI.272.2.52.2025

Łódź, dnia 2025 r.

FORMULARZ OFERTY

na „Zakup 10 szt. defibrylatorów zewnętrznych z szafkami i alarmem oraz 2 szt. zestawów ratownictwa medycznego R1”

I. Nazwa i adres Zamawiającego

Powiat Łódzki Wschodni z siedzibą w Łodzi ul. H. Sienkiewicza 3, 90-113 Łódź

II. Nazwa i adres Wykonawcy

Zarejestrowana nazwa (*firma*) Wykonawcy

Zarejestrowany adres (siedziba) Wykonawcy:

ul.

kod ____ - _____ Miejscowość

Powiat Województwo

Telefon: Fax.:

NIP Regon

Zarejestrowana w Sądzie Rejonowym w, Wydział Gospodarczy Krajowego

Rejestru Sądowego pod nr KRS (*jeśli dotyczy*)

Fax.:, e-mail@

nr rachunku bankowego:

Osoba do kontaktów :

Imię..... Nazwisko.....

Telefon..... e-mail.....

III. Oferta

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodne ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia wymagany przez Zamawiającego i na zasadach wynikających z zapytania ofertowego za:

a) cenę netto: zł, (słownie:.....);

b) podatek VAT:zł, (słownie:.....);

c) cenę brutto: zł, (słownie:.....).

Wskazane ceny jednostkowe w formularzu cenowym są kompletne, jednoznaczne i ostateczne.

2. Zobowiązuję się - zobowiązujemy się* do sukcesywnej realizacji przedmiotu zamówienia.

3. Akceptuję - akceptujemy* warunki płatności w terminie do 14 dni Oświadczam(y), że:

1) po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnosimy do niego zastrzeżeń;

2) w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w formularzu oferty oraz zaproszeniu do składania ofert.

6. Okres związania ofertą: 30 dni.

7. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1),

2),

.....
(pieczęć Wykonawcy)

.....
(podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

*niepotrzebne skreślić