

.....
pieczęć Wykonawcy

O F E R T A

1. Nazwa i siedziba Wykonawcy.

.....
.....
.....

Fax.....

2. Nazwa i siedziba Zamawiającego:

**Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
90- 032 Łódź ul. Kopcińskiego 58
tel. (0 – 42) 275-48-53, fax. (0 – 42) 275-40-88**

3. Zgłaszamy do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego nr **ZP/ŁOW NFZ/2/2011** na dostawę artykułów biurowych i materiałów eksploatacyjnych do techniki biurowej określonych w załączniku nr 1 do SIWZ przedstawiając niniejszą ofertę.

4. Wartość zamówienia

wartość brutto zamówienia:PLN

słownie:zł.

5. Warunki płatności :

Termin płatności wystawionej przez Nas faktury za każdą transzę dostawy przedmiotu zamówienia **wynosi 21 dni**, licząc od dnia doręczenia Zamawiającemu faktury.

6. Realizacja zamówienia nastąpi w transzach w terminie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy.
7. Nie powierzymy zamówienia podwykonawcom / powierzymy wykonanie części zamówienia podwykonawcom w zakresie*:

8. Oświadczenia ofertowe:

- a) oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń,
- b) oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,
- c) oświadczamy, że zobowiązujemy się do podpisania umowy w okresie związania ofertą;
- d) oświadczamy, że załączony do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany.

9. Załącznikami do niniejszej oferty są:

- Arkusz kalkulacji cenowej
-
-
-
-
-
-

....., dn.

Podpis/podpisy osoby/osób
umocowanych prawnie do
reprezentowania Wykonawcy

* niepotrzebne skreślić