

.....
pieczęć Wykonawcy

O F E R T A

1. Nazwa i siedziba Wykonawcy:

.....
.....
Faks

2. Nazwa i siedziba Zamawiającego:

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

3. Zgłaszamy swój udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na „świadczenie stałej pomocy prawnej na rzecz ŁOW NFZ”, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego, znak sprawy **ZP/ŁOW NFZ/7/2011**, którego warunki szczegółowo określa SIWZ, przedstawiając niniejszą ofertę.

4. Wartość zamówienia:

miesięczna kwota ryczałtowa brutto: PLN

(słownie: zł)

wartość brutto za okres 12-m-cy: PLN

(słownie: zł)

Zmiana stawki podatku VAT obciąża Wykonawcę.

5. Warunki płatności :

Termin płatności wystawionej przez Nas faktury za realizację przedmiotu zamówienia **wynosi 14 dni**, licząc od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury.

6. **Termin realizacji zamówienia** wynosi 1 rok, tj. od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r.

7. Oświadczenia ofertowe:

- a) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SIWZ i akceptujemy w całości postanowienia zawarte w SIWZ.
- a) Oświadczamy, że, zobowiązujemy się zrealizować zamówienie zgodnie ze wszystkimi wymaganiami SIWZ.
- b) Oświadczamy, że w pełni akceptujemy warunki umowne realizacji zamówienia zawarte w projekcie umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.

8. Załącznikami do niniejszej oferty są:

-
-
-
-
-
-
-
-

.....
Podpis/podpisy osoby/osób
umocowanych prawnie
do reprezentowania Wykonawcy

....., dn.

* - niepotrzebne skreślić