

.....
pieczęć Wykonawcy

O F E R T A

1. Nazwa i siedziba Wykonawcy:

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

2. Nazwa i siedziba Zamawiającego:

**Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
90- 032 Łódź ul. Kopcińskiego 58
tel. (0 – 42) 275-40-45, fax. (0 – 42) 275-40-88**

3. Zgłaszamy swój udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego **ZP/ŁOW NFZ/2/2008** na „modernizację klastra HACMP wykorzystywanego przez Łódzki oddział Wojewódzki NFZ” szczegółowo określonej w załączniku nr 1 do SIWZ przedstawiając niniejszą ofertę.

4. Wartość zamówienia:

wartość– cena netto realizacji całego zamówienia:.....PLN
słownie:.....zł.

podatek VAT PLN,
słownie:..... zł

wartość – cena brutto realizacji całego zamówienia:PLN
słownie:zł.

5. Warunki płatności :

Termin płatności wystawionej przez Nas faktury za dostawę oraz realizację przedmiotu zamówienia **wynosi 30 dni**, licząc od dnia doręczenia Zamawiającemu faktury.

6. Realizacja zamówienia nastąpi w ciągu **45 dni** od dnia podpisania umowy.

7. Oświadczenia ofertowe:

- a) Oświadczamy, że, oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania określone w SIWZ i zobowiązujemy się zrealizować zamówienie zgodnie ze wszystkimi wymaganiami SIWZ.
- b) Oświadczamy, że akceptujemy warunki umowne realizacji zamówienia zawarte we wzorze umowy.

8. Załącznikami do niniejszej oferty są:

-
-
-
-
-
-
-
-

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

....., dn.