

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w  
Katowicach  
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46  
[www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl) adres e-mail: [sekretariat@gczd.katowice.pl](mailto:sekretariat@gczd.katowice.pl)  
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833  
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

Załącznik nr 1

.....  
pieczęć firmowa Wykonawcy

**OFERTA DOT. KONKURSU OFERT**

na:

***„Dostawy smoczków i butelek do karmienia dla Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-752 Katowice ul. Medyków 16”.***

**Pełna nazwa Wykonawcy:**

\_\_\_\_\_

**Adres Wykonawcy:**

ul. \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

kod pocztowy \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_

województwo \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Regon \_\_\_\_\_ NIP \_\_\_\_\_

KRS \_\_\_\_\_

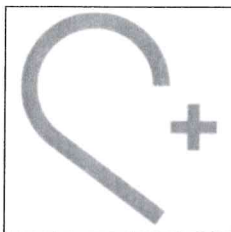
Bank \_\_\_\_\_ Nr konta \_\_\_\_\_

Adres e-mail \_\_\_\_\_

PESEL i adres zamieszkania \_\_\_\_\_

( w przypadku przedsiębiorców prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą, a także w przypadku każdego ze współników spółki cywilnej)

W związku z konkursem ofert ogłoszonym na stronie internetowej [www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl), pod nazwą  
***„Dostawy smoczków i butelek do karmienia dla Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka***



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w  
Katowicach  
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46  
[www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl) adres e-mail: [sekretariat@gczd.katowice.pl](mailto:sekretariat@gczd.katowice.pl)  
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833  
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

**im. Św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-752 Katowice ul. Medyków 16".**

- 1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia** w zakresie objętym szczegółowymi warunkami konkursu na łączną kwotę:

Nr Pakietu	Przedmiot zamówienia	Ogólna wartość netto PLN	Ogólna wartość brutto PLN
1	Smoczki jednorazowe (1)	Wartość netto .....PLN słownie.....	Wartość brutto .....PLN słownie.....
2	Smoczki jednorazowe (2)	Wartość netto .....PLN słownie.....	Wartość brutto .....PLN słownie.....
3	Smoczki jednorazowe (3)	Wartość netto .....PLN słownie.....	Wartość brutto .....PLN słownie.....
4	Butelki do karmienia	Wartość netto .....PLN słownie.....	Wartość brutto .....PLN słownie.....

- 2. Oświadczamy,** że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu ofert i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
- 3. Oświadczamy,** że zapoznaliśmy się ze Wzorem umowy (stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO) i akceptujemy jego zapisy bez zastrzeżeń.
- 4. Oświadczamy,** że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
- 5. Oświadczamy,** że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert
- 6. Oświadczamy, że spełniamy następujące warunki:**
- Posiadanie kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile nie wynika to z odrębnych przepisów;
  - Udokumentowanie sytuacji ekonomicznej lub finansowej w postaci oświadczenia złożonego przez podmiot osobom uprawnionym do reprezentacji podmiotu;
  - Przedłożenie pełnomocnictwa odnośnie umocowania reprezentacji podmiotu;
- 7. Oświadczamy,** że oferowany przez nas przedmiot zamówienia odpowiada wymaganiom Zamawiającego określonym w specyfikacji asortymentowo-cenowej.
- 8. Termin płatności** za dostarczany przedmiot zamówienia ustalamy na 60 dni.
- 9. Bez zastrzeżeń** przyjmujemy warunki zawarcia umowy i w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej deklarujemy gotowość podpisania umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 10. Do kontaktów z naszą Firmą** upoważniamy .....



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w  
Katowicach  
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46  
[www.qczd.katowice.pl](http://www.qczd.katowice.pl) adres e-mail: [sekretariat@qczd.katowice.pl](mailto:sekretariat@qczd.katowice.pl)  
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833  
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

tel. .... fax. ....adres e-mail.....

**11.** Do oferty dołączamy następujące oświadczenia i dokumenty:

- a/ .....zał. nr .....
- b/ .....zał. nr .....
- c/ .....zał. nr .....

data .....

.....  
pieczętka i podpis Wykonawcy