**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr ZP20092019**

Data oferty:…………………………………………………….

Termin ważności oferty (nie krótszy niż 30 dni):………………………………………

Nazwa Oferenta: ………………………………………………………………………………………….….

Adres Oferenta: ……………………………………………………………………………………………….

Adres email Oferenta: ………………………………………………………………………………………..

Osoba do kontaktu: …………………………………………………………………………………………..

DO:

**POLFARMEX S. A.**

**99-300 Kutno; ul. Józefów 9**

NIP 7750001711

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na Zapytanie ofertowe nr ZP20092019 z dnia 20.09.2019 r. skierowane przez Zamawiającego – POLFARMEX S. A., przedkładamy niniejszą ofertę dotyczącą dostawy:

1. ***urządzenia do pomiaru stężenia kwasów nukleinowych, białek oraz określania czystości materiału genetycznego***

**I. PRZEDMIOT OFERTY**

Przedmiotem oferty jest dostawa:

1. ***urządzenia do pomiaru stężenia kwasów nukleinowych, białek oraz określania czystości materiału genetycznego (1 szt.)***

zgodnie z zestawieniem parametrów wymaganych oraz w ilościach wskazanych w **Załączniku nr 2 do Zapytania ofertowego nr ZP20092019**,spełniających wszystkie podane warunki udziału w postępowaniu.

**II. KRYTERIA OCENY**

1) Oferowana **cena netto** w zł za dostawę całego zamówienia zgodnie z **Załącznikiem nr 2 do Zapytania ofertowego** nr **ZP20092019**, *Zestawieniem parametrów wymaganych*: ……………………..zł.

2) Termin wykonania przedmiotu zamówienia od dnia zawarcia umowy (maksymalny dopuszczalny termin dostawy to **8** tygodni): ……………………………………………… tygodni.

**III. INFORMACJA O ODDZIAŁYWANIU NA ŚRODOWISKO I KLIMAT PROCESU REALIZACJI DOSTAWY (wypełnić obowiązkowo)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV.** W cenie Oferty zawarte są wszelkie opłaty pośrednie i koszty związane z wykonaniem zamówienia  
i realizacją, w przypadku wyboru naszej Oferty, przyszłego świadczenia umownego – dostawy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.

**V. Termin płatności:**

* + 14 dni od daty otrzymania faktury

W przypadku przekroczenia terminu płatności Wykonawca:[[1]](#footnote-1)

* + nie przewiduje żadnych restrykcji
  + ma prawo naliczyć odsetki ustawowe
* Jeżeli nie zostanie wybrana żadna z powyższych opcji, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca w przypadku przekroczenia terminu płatności naliczy odsetki ustawowe.

**VI.** Zobowiązujemy się do dostarczenia asortymentu do miejsca wskazanego przez Zamawiającego:

* POLFARMEX S. A., ul. Dubois 114/116, 93-465 Łódź, budynek C.

**VII.** Zobowiązujemy się do zapewnienia odpowiedniego transportu (temperatura, opakowanie zabezpieczające przed uszkodzeniem, wyschnięciem i zanieczyszczeniami).

**VIII.** Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją zapytania ofertowego nr ZP20092019 i  nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy od Zamawiającego niezbędne informacje do przygotowania oferty.

**IX.** Oświadczamy, że Oferta nie zawiera/zawiera informacji\* stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów w o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

* Jeżeli Wykonawca nie zakreśli żadnej z powyższych opcji, Zamawiający przyjmie, że Oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.
* Jeżeli Wykonawca zastrzeże, że Oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa, powinien załączyć wyjaśnienia. W przeciwnym wypadku, Zamawiający uzna, że informacje są jawne.

**XI.** Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. Załącznik nr 2 – ZESTAWIENIE PARAMETRÓW WYMAGANYCH
2. Załącznik nr 3 – OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ Z ZAMAWIAJĄCYM
3. Załącznik nr 4 – WYKAZ DOŚWIADCZENIA WYKONAWCY

Oświadczam, że podane informacje są prawdziwe, pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 §1. KK.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_. \_\_.201\_r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis Oferenta)

**KONIEC DOKUMENTU**

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)