

<b>ZAMAWIAJĄCY</b>	<b>WARMIŃSKO – MAZURSKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ</b> 11 – 400 KĘTRZYN ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78 tel. (089)750 30 35 tel. (089) 750 30 37 fax 89 750 37 26			<b>WYKONAWCA</b>	<b>Zapytanie ofertowe</b>		
	REGON: 510207605						
Warunki płatności Przelewem w terminie 21 dni od daty otrzymania faktury				<b>Zapytanie z dnia 26.05.2022</b>			
Nasz numer identyfikacji podatkowej NIP: 742 -000-73-89, który prosimy umieścić na fakturze							
Lp	Nazwa towaru	J.m.	Ilość	Cena jednostk kowa netto	Cena jednostk owa brutto	Wartość całkowita brutto	Termin ważności
1	<b>FSME Immun zawiesina do wstrz. 2,4 MCG/0,5 ML 1 amp. Strz. 0,5 ML</b>	Szt.	200				
<b>RAZEM</b>							

**WSTĘPNE WARUNKI ZAPYTANIA OFERTOWEGO:**

- Termin realizacji dostawy** po złożeniu przez nas zamówienia w formie elektronicznej – **do 7 dni roboczych od poniedziałku do piątku w godzinach 8-15.**
- W przypadku zainteresowania Naszym zapytaniem ofertowym proszę o uzupełnienie Oferty oraz przesłanie **do dnia 31.05.2022r. pocztą elektroniczną na adres: [monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl](mailto:monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl)**
- Dane kontaktowe osoby ze strony Zamawiającego  
SŁUŻBA ZDROWIA W - MOSG  
Monika Nestorowicz 89 750 30 37  
Józef Woś 89 750 30 35
- Osoba do kontaktów ze strony Oferenta - .....  
tel. kontaktowy.....
- Koszt dostawy ponosi Wykonawca.**
- Z warunkami oferty zapoznałem się i akceptuję:.....
- Zamawiający zapłaci za dostarczony towar przelewem w ciągu 21 dni od daty otrzymania towaru i faktury VAT.
- Szczepionka z maksymalnym terminem ważności dostępnym na rynku nie mniej niż 12 miesięcy.
- Ilość przedmiotów ujęta w kolumnie „ ilość” może ulec zmianie w zależności od wartości całkowitej oferty. Wykonawca nie będzie dochodził roszczeń w przypadku zmian ilości materiałów zamawianych na podstawie złożonego zamówienia.**
- Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia zapytania ofertowego na każdym etapie bez podania przyczyny( również po złożeniu i rozpatrzeniu ofert).
- Informacje dodatkowe – uzupełniające do Oferty ze strony Wykonawcy - .....
- Z warunkami oferty zapoznałem się i akceptuję:.....

.....  
w Służbie Zdrowia  
Warmińsko - Mazurskiego Oddziału  
Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie

.....  
Data, podpis i pieczęć oferenta ( Wykonawcy)

Kierownik SŁUŻBY Zdrowia  
lekarz w Służbie Zdrowia  
Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie  
mjr SG Józef WOŚ