



UNIA EUROPEJSKA  
FUNDUSZ AZYLU,  
MIGRACJI I INTEGRACJI

„Projekt 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

<b>ZAMAWIAJĄCY</b>	<b>WARMIŃSKO – MAZURSKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ 11 – 400 KĘTRZYN ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78 tel. (089)750 30 35 tel. (89) 750 3036 tel. (089) 750 30 37 fax 89 750 37 26</b>	<b>WYKONAWCA</b>			
REGON: 510207605					
Warunki płatności Przelewem w terminie 30 dni od daty otrzymania towaru i prawidłowo wystawionej faktury			<b>Zapytanie z dnia 13.09.2022r.</b>		
<b>Upoważniamy</b> Waszą firmę do wystawiania faktur vat bez składania podpisu osoby z naszej strony uprawnionej ( upoważnionej) Nasz numer identyfikacji podatkowej <b>NIP: 742 -000-73-89</b> , który prosimy umieścić na fakturze					
Lp	Nazwa towaru	J.m.	Ilość	Cena netto	Wartość brutto
1	<b>Wózek inwalidzki stalowy z poduszką Classic-TIM H011</b> Kolor ramy- Ciemnoniebieski lub srebrny Kolor tapicerki -Czarny Maksymalna waga użytkownika- 135 kg dla rozmiaru 51 cm Szerokość całkowita-57-67 cm Szerokość wewnętrzna- 40 / 43 / 46 / 48 / 51 cm Głębokość całkowita-104 cm Wysokość siedziska od podłoża-50 cm Wysokość całkowita-91 cm (88 cm) Wymiary siedziska- 39 / 42 / 45 / 47 / 50 cm x 40 cm Szerokość po złożeniu- 30 cm Waga całkowita-18,6 - 21 kg Szybkozłącza-Tak Średnica kół przednich-Pelne gumowe o średnicy 8" Średnica kół tylnych- Pompowane o średnicy 24" Podłokietniki- Z funkcją uchyłania i regulacją wysokości Podnóżki- Uchyłane i zdejmowane Wyposażenie- Taśma zabezpieczająca tydki, pompka, zestaw kluczy Gwarancja- 2 lata	Szt.	1		
<b>RAZEM</b>					



„Projekt 4/9-2018/BK-FAMI współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji”

**WSTĘPNE WARUNKI ZAPYTANIA OFERTOWEGO:**

1. Termin realizacji dostawy po złożeniu przez nas zamówienia w formie elektronicznej – do **07.10.2022 r.**
2. W przypadku zainteresowania Naszym zapytaniem ofertowym proszę o uzupełnienie Oferty oraz przesłanie **do dnia 20.09.2022r.** na adres mailowy **monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl**
3. Dane kontaktowe osoby ze strony Zamawiającego:  
- sprawy finansowe: **Monika Nestorowicz 89 750 30 37, Marek Makarewicz 89 750 30 35**
4. Osoba do kontaktów ze strony Oferenta - .....  
tel. kontaktowy.....
5. Zamawiający wymaga, aby towar dostarczony był fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych.
6. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za przekroczenie terminu realizacji zamówienia, o którym mowa w pkt.1 w wysokości 1% wartości niezrealizowanego zamówienia za każdy dzień opóźnienia.
7. Wykonawca oświadcza, że wyraża zgodę na potrącenie w rozumieniu art. 498 i 499 kodeksu cywilnego powstałej należności, o której mowa w pkt. 5. Jednocześnie Wykonawca oświadcza, że powyższe nie zostało złożone pod wpływem błędu, ani nie jest obarczone jakąkolwiek inną wadą oświadczenia woli skutkującą jego nieważnością.
8. W przypadku zaistnienia sytuacji, o której mowa w pkt. 5 zamawiający wystawi niezwłocznie notę zawierającą szczegółowe naliczenie kar umownych.
9. **Wykonawca ponosi koszty dostawy.**
10. Wykonawca jest zobowiązany do należytego zabezpieczenia towaru na czas przewozu i ponosi pełną odpowiedzialność za jego dostawę, kompletność, jakość i uszkodzenia w trakcie transportu.
11. Zamawiający zastrzega sobie prawo pozostawić do dyspozycji Wykonawcy zamawiany towar nie odpowiadający wymogom jakościowym i zażądać od Wykonawcy wymiany towaru na pełnowartościowy.
12. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia od złożenia zamówienia.
13. Wykonawca udzieli gwarancji na zamówiony towar na okres 2 lat.
14. Z warunkami oferty zapoznałem się i akceptuję:.....
15. Zamawiający zapłaci za dostarczony towar przelewem w ciągu 30 dni od daty otrzymania towaru i faktury VAT.
16. Informacje dodatkowe – uzupełniające do Oferty ze strony Oferenta. -  
.....  
.....

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

KIEROWNIK SŁUŻBY ZDROWIA - LEKARZ  
w Służbie Zdrowia  
Warmińsko-Mazurskiego Oddziału  
Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie  
.....  
mjr SG Marek MAKAREWICZ

Data, podpis i pieczęć Zamawiającego

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