

ZAMAWIAJĄCY	WARMIŃSKO – MAZURSKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ 11 – 400 KĘTRZYN ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78 tel. (089)750 30 35 tel. (089) 750 30 37 fax 89 750 37 26		WYKONAWCA					Zapytanie ofertowe
	REGON: 510207605							
Warunki płatności Przelewem w terminie 21 dni od daty otrzymania faktury					Zapytanie z dnia 25.10.2022			
Nasz numer identyfikacji podatkowej NIP: 742 -000-73-89, który prosimy umieścić na fakturze								
Lp	Nazwa towaru	J.m.	Ilość	Cena jednost kowa netto	Cena jednostk owa brutto	Wartość całkowita brutto	Termin ważności	
1	Clodivac (Td-Szczep. tęż.- błonicza.adsorb.) zawiesina do wstrzykiwań podskórnych	Op./ 1 amp. po 0.5 ml	150					
RAZEM								

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 28.10.2022r. pocztą elektroniczną na adres: monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl**
- Dane kontaktowe osoby ze strony Zamawiającego
SŁUŻBA ZDROWIA W - MOSG
Monika Nestorowicz 89 750 30 37
Józef Woś 89 750 34 51
- 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 18 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:.....

lok/med. Józef Woś
89 750 34 51
25.10.22

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

Wz. Kierownika SŁUŻBY Zdrowia
lekarz w Służbie Zdrowia
Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie
Józef WOŚ