

ZAMAWIAJĄCY	WARMIŃSKO – MAZURSKI		WYKONAWCA					Zapytanie ofertowe
	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						
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 jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość całkowita brutto	Termin ważności	
1	Euvax B szczepionka dla dorosłych	Szt.	200					
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:.....

l.k. med. J. Woś 25.10.2022

.....
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