

ZAMAWIAJĄCY	<b>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</b>	WYKONAWCA						Zapytanie ofertowe
	REGON: 510207605							
Warunki płatności Przelewem w terminie 21 dni od daty otrzymania faktury					<b>Zapytanie z dnia 29.11.2023</b>			
Nasz numer identyfikacji podatkowej NIP: <b>742 -000-73-89</b> , który prosimy umieścić na fakturze								
Lp	Nazwa towaru	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość całkowita brutto	Termin ważności	
1	OPATRUNEK INDYWIDUALNY WODOSZCZELNY W-mały*	Szt.	180					
<b>RAZEM</b>								

\*Wzór MA-151-WWWW-001

Opatrunek indywidualny jałowy Typ W – wodoszczelny, wzór wojskowy do szybkiego opatrywania ran i krwotoków.

#### WSTĘPNE WARUNKI ZAPYTANIA OFERTOWEGO:

1. **Termin realizacji dostawy** po złożeniu przez nas zamówienia w formie elektronicznej – **do 5 dni roboczych od poniedziałku do piątku w godzinach 8-15.**
2. W przypadku zainteresowania Naszym zapytaniem ofertowym proszę o uzupełnienie Oferty oraz przesłanie **do dnia 05.12.2023r. pocztą elektroniczną na adres: [monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl](mailto:monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl) lub fax: 89750 37 26**
3. Dane kontaktowe osoby ze strony Zamawiającego  
 SŁUŻBA ZDROWIA W - MOSG  
 Monika Nestorowicz 89 750 30 37  
 Marek Makarewicz 89 750 30 35
4. Osoba do kontaktów ze strony Oferenta - .....  
 tel. kontaktowy.....
5. **Koszt dostawy ponosi Wykonawca.**
6. Z warunkami oferty zapoznałem się i akceptuję:.....
7. Zamawiający zapłaci za dostarczony towar przelewem w ciągu 21 dni od daty otrzymania towaru i faktury VAT.
8. Termin ważności pięć lat od daty zakupu.
9. 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.
10. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia zapytania ofertowego na każdym etapie bez podania przyczyny( również po złożeniu i rozpatrzeniu ofert).
11. Informacje dodatkowe – uzupełniające do Oferty ze strony Wykonawcy - .....  
 .....
12. Z warunkami oferty zapoznałem się i akceptuję:.....

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

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