

MODYFIKACJA OPISU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Dotyczy: Dostawa produktów leczniczych, w tym produktów leczniczych z importu docelowego dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.

1. Zamawiający modyfikuje załącznik nr 1 – **FORMULARZ OFERTY**, poprzez zmianę w punkcie 3:

Oferuję czas realizacji dostawy w terminie do:

- **24 godzin w zakresie pakietu nr 3** od dnia złożenia zamówienia.
- **7 dni w zakresie pakietu nr 2** od dnia złożenia zamówienia.
- **6 tygodni w zakresie pakietu nr 1** od dnia złożenia zamówienia.

w załączeniu zmodyfikowany załącznik.

FORMULARZ OFERTY

Dotyczy: Dostawy produktów leczniczych, w tym produktów leczniczych z importu docelowego dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.

Oznaczenie wykonawcy – nazwa	NIP
Adres (ulica, miejscowość, powiat, województwo)	Regon
Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu: Imię i nazwisko: nr telefonu:	Forma kontaktu, czynnego całą dobę, za pomocą którego zamawiający będzie przysyłał stosowne dokumenty dotyczące przedmiotowego postępowania: Adres e-mail Wykonawcy: Jeśli dostępny: Nr fax:

1. Oferuję dostarczenie produktów leczniczych dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w cenach zawartych w załączniku nr 2 – formularz asortymentowo cenowy.
2. Oferuje termin płatności **60 dni** od dnia doręczenia faktury.
3. Oferuję czas realizacji dostawy w terminie do:
 - **24 godzin w zakresie pakietu nr 3** od dnia złożenia zamówienia.
 - **7 dni w zakresie pakietu nr 2** od dnia złożenia zamówienia.
 - **6 tygodni w zakresie pakietu nr 1** od dnia złożenia zamówienia.
4. Oferuję czas realizacji reklamacji w terminie do ____ godzin (maksymalnie 48h w zakresie pakietu nr 3, 7 dni w zakresie pakietu nr 1 i 2) od dnia złożenia zamówienia.
5. Osobą upoważnioną do realizacji zamówienia jest p. Przemysław Rokicki nr tel. 42 689 51 01; e-mail: p.rokicki@kopernik.lodz.pl.

Podpis/kwalifikowany podpis/elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00
e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957

