Załącznik nr 1

/pieczęć Wykonawcy/

OFERTA

dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Celestynowie

na

„Dostawę szczepionek w podziale na zadania"

1. Nazwa Wykonawcy

1. Siedziba Wykonawcy
2. NIP ; REGON
3. Tel./fax
4. Oferujemy wykonanie zamówienia, którego przedmiot, zakres i rodzaj jest zgodny z zakresem opisanym w zapytaniu ofertowym z dnia ………….. zgodnie z tabelą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numer | Wartość netto oferty | Wartość VAT | Wartość brutto oferty |
| zadania |  | w zł |  |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| Wartość |  |  |  |
| razem: |  |  |  |

Słownie wartość oferty brutto: PLN,

Słownie wartość VAT PLN

1. Cena brutto podana powyżej obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
2. Potwierdzam termin płatności 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.
3. Potwierdzam termin realizacji zamówienia w ciągu ……
4. Okres gwarancji / ważności na przedmiot zamówienia wynosi …..,
5. Oświadczamy ,że zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty .
6. Oświadczamy , że zapoznaliśmy się z warunkami <<zapytania ofertowego „ i przyjmuję je bez zastrzeżeń
7. Załącznikami do oferty są:………………………..

Celestynów dnia ……………………..

 Podp.os.uprawn.do skład. Oświadczeń w im.Wykonawcy