*Załącznik do zapytania ofertowego nr.2*

/pieczęć Wykonawcy/

**O F E R T A**

**dla**

**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Celestynowie**

**na**

***„…………………………………………………………………………………………….”***

* 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 …………… r. zgodnie z tabelą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Numer zadania*** | ***Wartość netto oferty*** | ***Wartość VAT*** ***w zł*** | ***Wartość brutto oferty*** |
|  |  |  |  |
| **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 (…………………..)
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:

 ..................................................................

..................................................................

*..................................... dnia ..................... ....................................................................*

 *(podpis osoby uprawnionej do składania*

*oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*