**SPZOZ NZZP II 2400/29/18 Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**Dane dotyczące Wykonawcy :**

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu /faksu

Nr NIP

Nr REGON

e-mail:

**Dane dotyczące Zamawiającego:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku

ul. Szpitalna 16 , 37-200 Przeworsk

**Zobowiązania Wykonawcy**

1. Zobowiązuję się wykonać dostawę niszczarek dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Przeworsku

Kwota netto

% VAT

Kwota VAT

Kwota brutto zł

(Słownie złotych)

2. Oferuję wykonanie dostawy w terminie 10 dni od dnia podpisania umowy..

3. Oświadczam , że :

3.1. Cena brutto zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Wykonawca w przypadku wyboru niniejszej oferty .

3.2. Zapoznaliśmy się ogłoszeniem i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.

3.3. W przypadku udzielenia zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego

3.4. Jestem związany z ofertą przez okres 30 dni od daty terminu składania ofert.

3.5. Akceptujemy termin realizacji zamówienia

3.6. Podana w ofercie cena nie ulegnie zmianie.

3.7 Oświadczamy, że akceptujemy warunki załączonego projektu umowy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis i pieczątka uprawnionego

przedstawiciela wykonawcy

Miejscowość, data