

## FORMULARZ OFERTOWY

**1. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**

***Sukcesywna dostawa leków dla mieszkańców Miejskiego Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Świętochłowicach w 2025 roku***

**2. NAZWA WYKONAWCY:**

.....  
.....

**3. ADRES WYKONAWCY:**

.....  
.....

**4. NIP/REGON:**

.....

**5. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:**

Cenę netto: .....zł

Słownie: .....

Podatek VAT: .....zł

Słownie: .....

Cenę brutto: .....zł

Słownie: .....

**6. Oświadczam, że:**

- po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnosimy do niego zastrzeżeń,
  
- w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego,
  
- powyższa cena zawiera wszelkie koszty wykonania zamówienia jakie poniesie Zamawiający,
  
- zapoznałem/-am się z zapytaniem ofertowym oraz innymi przekazanymi przez zamawiającego dokumentami dotyczącymi postępowania i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte.

.....

pieczęć Wykonawcy

.....

Podpis osoby uprawnionej