

FORMULARZ OFERTOWY

1. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

Sukcesywna dostawa leków dla mieszkańców Miejskiego Domu Pomocy Społecznej „Złota Jesień” w Świętochłowicach w 2026 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