Załącznik nr 1

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

 *(pieczęć wykonawcy)*

**FORMULARZ OFERTOWY:**

**„****Dostawa testów diagnostycznych ZP 8/24”**

Nazwa wykonawcy …………………………………….…

Reprezentowana przez …………………………………….…

Adres wykonawcy …………………………………….…

REGON: …………………………………….… NIP: ……………….………………………..

Nr telefonu: ………………...………. e-mail: …………………………………

w odpowiedzi na ogłoszenie:

**„Dostawa testów diagnostycznych ZP 8/24”**

po zapoznaniu się z zapytaniem ofertowym oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia

Za wartość brutto: ………………………… zł

Za wartość netto: ………………………… zł VAT...............................

**Składając niniejszą ofertę oświadczam, że:**

1. projekt umowy został przez nas zaakceptowany i nie wnosimy do żadnych uwag,
2. w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, w tym m. in. cena oferowanych produktów, koszty transportu do miejsca przeznaczenia tj. siedziby WSPL SPZOZ w Witkowie wraz z kosztami rozładunku, podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. akceptujemy termin płatności 30 dni
4. oferujemy termin wykonania dostawy w terminie do 5 dni
5. osobą odpowiedzialną za nadzór nad prawidłową realizacją umowy

imię i nazwisko oraz numer telefonu …………………………………….…

…………………….. dnia …………… ………………………………

*(pieczęć imienna i podpis Wykonawcy)*