**Formularz ofertowy do zapytania ofertowego**

**nr 4/ZO/2021**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Paliatywnej w Suwałkach im. Jana Pawła II**

**z siedzibą w Suwałkach, ul. Szpitalna 54 , 16 – 400 Suwałki**

**OFERENT:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy:  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON: |  |
| KRS /CEIDG: |  |
| Tel./faks: |  |
| Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu: |  |
| e-mail:  |  |
| Numer konta bankowego na, które należy dokonać zapłaty : |  |

**Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:**

* 1. zapoznałem się z treścią zapytania dla niniejszego zamówienia,
	2. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią zapytania;

**Oferta cenowa na na sukcesywną dostawę środków ochrony indywidualnej do Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nr zadania***  | ***Nazwa urządzenia******Typ/ producent/rok produkcji***  | ***Ilość*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** | ***Wartość VAT*** |
| ***I*** |  |  |  |  |  |
| ***II*** |  |  |  |  |  |

**0Oświadczenia:**

1. Zaproponowana cena uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
2. Do cen zostanie doliczony podatek VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie i załącznikach do niej są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.
4. Termin ważności oferty wynosi 30 dni kalendarzowych licząc od dnia upływu terminu na złożenie ofert.

Data....................................

 ………………………………………………………………

 *(podpis osoby upoważnionej do składania oferty oraz*

 *pieczęcie identyfikacyjne Oferenta)*