

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Wykonawcy:

Nazwa

Siedziba

Numer telefonu/faks/e-mail

Osoba uprawniona do podpisywania umów

nr NIP

nr REGON

Dane Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy
ul. Traugutta 7
62 – 400 Słupca

Zobowiązania Wykonawcy

Po zapoznaniu się z zapytaniem ofertowym składamy swoją ofertę na dostawę narzędzi chirurgicznych ginekologicznych.

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę:

cena netto: zł

podatek VAT: zł

cena brutto zł

ze wszystkimi kosztami i opłatami niezbędnymi do zakończenia realizacji zamówienia.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)
podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

mgr Izabella Kubis
Izabella Kubis
kierownik
Działu Techniczno-Exploatacyjnego

Samodzielne stanowisko
ds. zamówień publicznych
Estera Urbaniak
Estera Urbaniak

UR

