

**FORMULARZ OFERTOWY****Dane dotyczące oferenta**

Nazwa: .....

Siedziba: .....

Osoba kontaktowa: .....

e-mail: .....

Nr telefonu /faks: .....

nr NIP.....

nr REGON.....

**Dane dotyczące zamawiającego:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia” w Sycowie, posiadający  
NIP: 911-184-50-99, 56-500 Syców ,ul. Wrocławska 2

**Oferta:**

Zobowiązuję się dostarczyć przedmiot zamówienia, zgodnie z opisem zamówienia w załączniku nr 1  
za kwotę:

**Łączna cena brutto ..... zł, cena netto ..... zł + VAT ..... zł.**

**Oświadczenie Oferenta:**

1. Oświadczam, że w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
2. Oświadczam, że w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do dostarczenia przedmiotu zamówienia w zakresie i terminie określonym w zapytaniu ofertowym.
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
4. Oświadczam, że znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej dostarczenie przedmiotu zamówienia.

---

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy