

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROMED" sp. z o.o.
Ul. LUDOMIRA RÓŻYCKIEGO 6
58-506 JELENIA GÓRA
NIP; 6112369825

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr. 1/09/2023 z dnia 04.09.2023 r.

.....
Nazwa oferenta

.....
Adres oferenta

.....
Osoba do kontaktu, nr telefonu, adres e-mail

.....
NIP oferenta

oferujemy wykonanie całości zamówienia w cenie

Cena netto

(słownie netto: zł)

Cena brutto

(słownie brutto: zł)

Data przygotowania oferty

Okres gwarancji (długość okresu gwarancji wyrażona w miesiącach)

Termin realizacji zamówienia

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

W imieniu swoim i/lub reprezentowanego przeze mnie Dostawcy oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłam/em konieczne informacje do przygotowania oferty. Jednocześnie oświadczam, że przekazane materiały były wystarczające do wyceny przedmiotu zamówienia i złożenia oferty w odpowiedzi na zapytanie ofertowe.
2. Spełniam warunki określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym wskazane w Warunkach udziału w postępowaniu.
3. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty usługi będącej przedmiotem zamówienia oraz uwzględnione wszystkie uwarunkowania oraz czynniki związane z realizacją zamówienia.
4. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....
(miejsowość i data)

.....
Pieczętka firmowa oraz podpis osoby uprawnionej