

FORMULARZ OFERTOWY

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa oferenta:

Adres siedziby:

Nr wpisu do KRS lub CEIDG:

NIP:

Nr telefonu :

Adres e-mail:

Osoba upoważniona do reprezentacji i podpisująca ofertę

.....
.....
W odpowiedzi na zapytanie ofertowe, dotyczącego zamówienia „Dostawa i montaż mebli medycznych oraz wyposażenia gabinetów medycznych do Zakładu Aktywności Zawodowej „Szansa” w miejscowości Choszczno” w ramach realizacji projektu pn. „Budowa Zakładu Aktywności Zawodowej „Szansa” w miejscowości Choszczno” objętego wsparciem ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 Oś Priorytetowa 9 Infrastruktura publiczna Działanie 9.2 Infrastruktura społeczna w ramach umowy o dofinansowanie projektu Nr RPZP.09.02.00-32-0007/16-00.

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z załącznikiem nr 4 do zapytania ofertowego, za kwotę:

netto :..... zł

(słownie:)

brutto: zł

(słownie:)

2. Gwarancja

Oświadczenia Wykonawcy:

1. Oświadczam, że zapoznałem się przedmiotem zamówienia i uzyskałem informacje niezbędne do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że jestem związany ofertą w terminie 14 dni od momentu upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam, że podana powyżej cena zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, zgodnie z charakterystyką w ZO.
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

-
-
-

.....
data i miejscowość

.....
podpis