

.....
(pieczęć oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa, siedziba Oferenta, Dostawcy

.....
.....
.....

NIP

REGON

Nr telefonu / faxu

E-mail

**Dom Pomocy Społecznej
w Jarogniewicach
ul. Poznańska 25
64-020 Czempin**

Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty cenowej dotyczącej dostawy leków i artykułów medycznych w okresie od rozstrzygnięcia postępowania do 31.12.2025 r. oraz po zapoznaniu się z warunkami dotyczącymi dostaw zawartymi we wzorze umowy, oświadczamy że:

1. zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia, nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty,

2. załączony do zaproszenia wzór umowy został przez nas zaakceptowany bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
3. zapoznaliśmy się z warunkami przedstawionymi w zaproszeniu do złożenia oferty, akceptujemy je i oferujemy realizację zamówienia uwzględniając następujące czynniki:
 - a. deklarujemy czas dostawy leków na CITO do godziny od czasu zgłoszenia,
 - b. udzielamy stałego rabatu na wszystkie leki nie będące na liście cen urzędowych w wysokości % od cen obowiązujących w naszej firmie,
 - c. Cena ofertowa
 - netto: zł
 - słownie: zł
 - brutto: zł
 - słownie: zł

(Podpis i pieczęć upoważnionych przedstawicieli Dostawcy)