

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa:

Siedziba:

Numer telefonu:

Numer faksu:

REGON:

NIP:

Dane Zamawiającego**Nabywca**

Powiat Miński, 05-300 Mińsk Mazowiecki, ul. Kościuszki 3
 NIP 822-234-24-26 REGON: 690254559

Odbiorca

Dom Pomocy Społecznej "Jedlina", Mienia 300; 05-319 Cegłów
 Tel, fax: 25 7570160; 25 7570949
 e- mail: administracja@jedlina.dps.pl
 godziny pracy: 7:00 – 15:00

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do zapytania ofertowego na: Sukcesywnych dostaw leków, preparatów farmaceutycznych i materiałów medycznych dla Domu Pomocy Społecznej „Jedlina” w 2018 roku.
 nr sprawy: AG.252.1.2018, oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:

Cena oferty

cena nettozł

(słownie:)

podatek VAT %zł

cena bruttozł

(słownie:)

Oświadczam, że:

Wykonam zamówienie sukcesywnie w terminie do dnia: 31.12.2018r.

Termin płatności: 21 dni od daty złożenia faktury Zamawiającemu.

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.

..... dnia

.....
 pieczęć Oferenta

.....
 pieczętka/i imienna/e i podpis/y
 uprawnionego/ych przedstawiciela/i Oferenta