

## 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](mailto: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 2019 roku.  
 nr sprawy: AG.252.11.2018, oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:

## Cena oferty

cena netto .....zł

(słownie: .....)

podatek VAT ..... % .....zł

cena brutto .....zł

(słownie: .....)

## Oświadczam, że:

Wykonam zamówienie sukcesywnie w terminie do dnia: 31.12.2019r.

Termin płatności: 14 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