

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 Ceglów

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 2020 roku.

nr sprawy: AG.252.14.2019, 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: 31.12.2020r.

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