

FORMULARZ OFERTOWY DOSTAWCY

do sprawy nr AG.01/2024

Dane dotyczące dostawcy

Nazwa:

Siedziba:

Adres poczty elektronicznej:

Strona internetowa:

Numer telefonu: 0 (**)

Numer faksu: 0 (**)

Numer REGON:

Numer NIP:

Dane dotyczące zamawiającego

Powiat Piaseczyński - Dom Pomocy Społecznej

Ulica Potulickich 1, 05-510 Konstancin-Jeziorna

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu: dostawy leków nr sprawy: AG01/2024, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami ogłoszenia za cenę:

Cena oferty:

Cena ofertowa nettozł

VAT w %.....

Cena ofertowa bruttozł

(Słownie:.....
.....)

Oświadczam, że :

Wykonam zamówienie publiczne w terminie od 01.01.2024 do 31.12.2024.

Termin płatności: do 21 dni od daty wystawienia faktury

Osoby do kontaktów z Zamawiającym

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

..... tel. kontaktowy, faks: zakres odpowiedzialności

..... tel. kontaktowy, faks: zakres odpowiedzialności

Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon.....Fax.....

Zakres*:

- do reprezentowania w postępowaniu
- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy
- do zawarcia umowy

Dokumenty

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

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

Czytelne podpisy osób uprawnionych do
reprezentowania wykonawcy

