|  |  |
| --- | --- |
| *nazwa i adres (pieczęć) Wykonawcy* | **Formularz Oferty****Załącznik nr 2** |
| Dane Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:Nazwa (firma)\*: ............................................................................................................................................Adres: ............................................................................................................................................REGON: ............................................................................................................................................NIP: ............................................................................................................................................Tel: ............................................................................................................................................Adres e-mail: ............................................................................................................................................. |

**Do: Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn**

Nawiązując do zapytania ofertowego **na wykonanie zabudowy meblowej na potrzeby nowego budynku Zakładu Radioterapii**, niniejszym składam ofertę na wykonanie ww. zakupu za ryczałtową cenę:

Cena netto wykonania usługi : ……………………………………………………………..

Cena brutto wykonania usługi : ……………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cena netto | Cena brutto |
| Zadanie nr 1 |  |  |
| Zadanie nr 2 |  |  |
| Zadanie nr 3 |  |  |
| Zadanie nr 4 |  |  |

**POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

1. Oświadczam, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty. Tym samym zobowiązujemy się do spełnienia wszystkich warunków w niej zawartych.
2. Akceptujemy termin płatności do **60 dni** od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w postępowaniu, tj. przez okres **30** dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………………….

(podpis Wykonawcy)