# Załącznik nr 1

# do zapytania ofertowego – formularz ofertowy

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

 (pieczęć nagłówkowa Wykonawcy)

#

# OFERTA

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa: .........................................................................................................................................

Siedziba: ......................................................................................................................................

Województwo: .............................................................................................................................

Internet: http:// : ................................................................, e-mail: ……………………………..

Nr telefonu: .................................................................................

Nr NIP: ............................................................, Nr REGON ………………………………….

reprezentowany przez: .................................................................................................................

 imiona, nazwiska i stanowiska osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

**Dane dotyczące Zamawiającego:**

**Powiat Ostrowski**

**NIP 622-23-91-168**

**reprezentowany przez Panią Katarzynę Modrzyńską – Dyrektor**

**Domu Pomocy Społecznej w Ostrowie Wielkopolskim**

**ul. Partyzancka 8,**

**63 – 400 Ostrów Wielkopolski**

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w formie zapytania ofertowego na realizację zadania pn.:

# Zakup i sukcesywna dostawa wyrobów medycznych dla Domu Pomocy Społecznej w Ostrowie Wielkopolskim

Oferuję wykonanie usługi będącej przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia na kwotę w wysokości:

**RAZEM: ……………………………cena brutto (słownie: ………………………………..)**

…………………………………………………..

(podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)

…………………………..……

 (miejscowość i data)