|  |  |
| --- | --- |
|  | Załącznik **Nr 1**  do SWZ |

**Zamawiający:**

Zakład Karny w Iławie  
14-200 Iława, ul. 1 Maja 14

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ( nazwa i adres/siedziba wykonawcy )

Tel. ………………………………………… e-mail …………………………………………

NIP ………………………………………… REGON …………………………………………

**Formularz ofertowy   
  
część 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostka miary | Cena netto   ( bez VAT ) | Szacunkowe zapotrzebowanie | Wartość netto (kol. 4 x kol. 5) | Stawka VAT (%) | Wartość brutto (kol. 6 + należny podatek VAT) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1 | Makaron **bezglutenowy** | kg |  | 200 |  |  |  |
| Razem | | | | |  | x |  |

Ogółem wartość oferty brutto :. ......................................... zł.

słownie zł: .....................................................................................……………………....................................

**Rodzaj Wykonawcy** ( proszę zaznaczyć wyłącznie do celów statystycznych UZP ):  
  
  
jednoosobowa działalność gospodarcza**TAK / NIE** *(niepotrzebne skreślić)*

osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej **TAK / NIE** *(niepotrzebne skreślić)*

mikroprzedsiębiorstwo **TAK / NIE** *(niepotrzebne skreślić)*

małe przedsiębiorstwo **TAK / NIE** *(niepotrzebne skreślić)*

średnie przedsiębiorstwo **TAK / NIE** *(niepotrzebne skreślić)*  
  
inny **TAK / NIE** *(niepotrzebne skreślić)*

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

miejscowość, data

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

Dokument musi być podpisany   
przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy