**Załącznik nr 1**

Nr sprawy: 20/ZO/2023

Formularz ofertowy

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr telefonu/faks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr NIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr REGON\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dane dotyczące Zamawiającego:

Szpital św. Anny

ul. Szpitalna 3

32-200 Miechów

Zobowiązania Wykonawcy

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia: **Sukcesywna dostawa leku do magazynu apteki Szpitala św. Anny w Miechowie.**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę w wysokości: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych netto, co stanowi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_złotych brutto, obliczoną na podstawie Załącznik nr 2 formularz asortymentowo-cenowy stanowiący integralną częścią Formularza Oferty
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. W ofercie nie została zastosowana cena rażąco niska, w tym dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji.
3. Oświadczam, że podana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacja zamówienia, w tym dostawę do siedziby zamawiającego,
4. Akceptuję projekt umowy.

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

podpis elektroniczny