**Załącznik nr 1**

Nr sprawy: 5/ZO/2024

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: **Dostawa środków dezynfekcyjnych i antyseptyków do Szpitala św. Anny w Miechowie – powtórka II.**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę w wysokości:
2. zadanie nr 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych netto, co stanowi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_złotych brutto, obliczoną na podstawie Załącznik nr 2 formularz asortymentowo-cenowy stanowiący integralną częścią Formularza Oferty.
3. zadanie nr 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych netto, co stanowi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_złotych brutto, obliczoną na podstawie Załącznik nr 2 formularz asortymentowo-cenowy stanowiący integralną częścią Formularza Oferty.
4. 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.
5. Oświadczam, że podana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacja zamówienia, w tym dostawę do siedziby zamawiającego,
6. Akceptuję projekt umowy.

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

podpis elektroniczny