………………, dnia ……………

## FORMULARZ OFERTOWY

## Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 12/AS/2019

**Dotyczy**: **przeglądów technicznych kolumn chirurgicznych i anestezjologicznych**

 zgodnie z załącznikiem nr 1A oraz załącznikiem nr 2

1. Nazwa i adres Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

1. NIP:…………………………………………… KRS…………………………………………
2. REGON: ……………………………………………
3. Dane do kontaktu z Wykonawcą:

e-mail…………………….. tel.: …………………………………

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia pn:

**przegląd techniczny kolumn chirurgicznych i anestezjologicznych** zgodnie z załącznikiem nr 1A oraz załącznikiem nr 2

1. Wartość netto ……………. złotych , podatek VAT w kwocie …………….. złotych, wartość brutto .…………………………………… słownie brutto ………………………………………………………………………………

…………………………………

(podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

pieczątka wykonawcy)

Data wpływu (wypełnia Zamawiający)

……………..………, dnia …………………………