

**FORMULARZ OFERTY NA DOSTAWY NICI CHIRURGICZNYCH
DLA SPZOZ-ZZ W MAKOWIE MAZ.**

Dane Wykonawcy:

Nazwa:

Imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela:

Telefon do kontaktu :

Adres:

OFERTA CENOWA

Oferowana cena brutto:

Słownie:

Oferowana cena netto:

Słownie:

W cenie zawarty jest podatek VAT w wysokości%.....złotych

Termin płatności: 30 dni, słownie dni:.....

OŚWIADCZENIE Wykonawcy

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią SIWZ oraz załączonym wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń, co do ich treści i warunków określonych dla realizacji wymienionych dostaw.

Miejscowość..... data

Podpis oferenta