

Załącznik Nr 1 do zapytania ofertowego z dnia 08.05.2020 r.

.....

.....
(podpis i/lub pieczęć Wykonawcy)

(miejsowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

TERMIN WAŻNOŚCI OFERTY: 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert

ZAMAWIAJĄCY:

Województwo Zachodniopomorskie
ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin
NIP 851-287-14-98.
Tel. 91 425 36 14

WYKONAWCA:

.....

.....

(nazwa, adres siedziby Wykonawcy, NIP, REGON, dane teleadresowe / ew. czytelna pieczęć)

W ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIE OFERTOWE

na zakup, dostawę 20 000 szt. maseczek ochronnych wielokrotnego użycia na potrzeby przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się COVID-19

1.1. Cena za zakup i dostawę maseczek ochronnych wielokrotnego użycia, zgodnie ze specyfikacją zawartą w zapytaniu ofertowym:

Cena ofertowa całkowita :złotych brutto

(słownie złotych:
złotych brutto).

Cena ofertowa całkowita:..... złotych netto

(słownie złotych:
złotych netto).

Zastosowana stawka podatku VAT:%

Cena jednostkowa za 1 szt. maseczki:.....złotych brutto

(słownie.....
złotych brutto)

1.2. Czas dostawy (w pełnych dniach)¹:

Oferuję/my następujący czas dostawy:

¹ Zamawiający zastrzega, iż najdłuższy czas realizacji zamówienia to termin **15 dni** od dnia podpisania umowy. Przy czym Zamawiający informuje, że oferty zawierające termin realizacji zamówienia **powyżej 15 dni będą odrzucane jako niespełniające warunków.**

OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego i uznaję się za związanego określonymi w nim wymaganiami i zasadami postępowania oraz że uzyskałem wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że przedmiot oferty jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w zapytaniu ofertowym.
3. Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym w sprawie niniejszego zamówienia:

Imię i Nazwisko: numer telefonu:

e-mail.....

.....
(data, pieczęć i czytelny podpis - osoby upoważnionej do reprezentacji
Wykonawcy)