Znak sprawy: AG.341.35.2024

**Załącznik nr 2 do ZO**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Odpowiadając na zaproszenie do przedstawienia oferty na poniższy przedmiot zamówienia:

**Dostawy produktów leczniczych i wyrobów medycznych**

**dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu**

…………………………………………………………………………………………………

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

*nazwa (firma) i adres Wykonawcy/Wykonawców*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy)   
i dokładne adresy wszystkich Wykonawców)*

NIP ……………………. TEL. .…..……………….

REGON ……………………. E-MAIL …………………….

1. Na warunkach opisanych w Zapytaniu ofertowym oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wartość brutto do oceny ofert**  **(Suma: kol. 10 „Wartość brutto płatna**  **przez mieszkańca)** | ……………………………………….…złotych  sł. brutto………………………………..…………  …………………………………………….……… |

1. Zobowiązujemy się wykonać wyżej wymienione zamówienie w terminie wskazanym w zapytaniu ofertowym.
2. Oświadczamy, że zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Akceptujemy umowę oraz warunki płatności określone przez Zamawiającego w projekcie umowy.
4. W przypadku wybrania naszej oferty zapłata zostanie wykonana na nasze konto:

w:………………….… nr rachunku……………………………………………...………...

1. Przedstawicielem Wykonawcy koordynującym zamówienie jest Pan/Pani:

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

tel. kontaktowy…………………………………………………………………………..….

1. Osoba upoważniona do podpisania umowy w imieniu Wykonawcy:

……………………………………………………………………………………………….

1. Do niniejszej oferty dołączamy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………

(Podpis Wykonawcy)