WOMP-ZO-1/2022 Załącznik nr 1

**Formularz ofertowy**
**Na zakup i dostawę leków dla Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Toruniu w okresie 24 miesięcy w trybie zapytania ofertowego**

I. Nazwa i adres Wykonawcy:
Nazwa:……
Adres:…….
NIP:……
Tel./fax:……..
Email:…….
Osoba do kontaktu……..

II. Oferujemy realizacje przedmiotu zamówienia zgodnie z załączonym formularzem asortymentowo- cenowym, za kwotę:

| lp | Przedmiot | Wartość netto | VAT | Wartość brutto |
|---|---|---|---|---|
| 1 | **Leki** | | | |
| **Razem** | | | | |

III. Deklarujemy dostawę leków zgodnie z załączonym formularzem asortymentowo - cenowym, stanowiącym integralną część oferty, na następujących warunkach:
a. Termin dostawy w ciągu .....dni od otrzymania zamówienia (max 3 dni);
b. Termin płatności : przelewem ……dni od dnia dostarczenia (21 dni);
c. Okres stałości cen ……..(min. 1 rok).

IV. Akceptujemy warunki umowy przedstawione w załączonym wzorze.

V. Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy :

..... .....
*data* *podpis*