Załącznik nr 1

**OFERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: |  |
| Adres (siedziba) Wykonawcy: |  |
| Województwo: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| KRS: |  |
| Osoba do kontaktu: |  |
| Telefon: |  |
| fax: |  |
| e-mail: |  |

Dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej

dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na

**Wykonanie etykiet samoprzylepnych na worki i pojemniki na odpady**

**oraz pojemniki histopatologiczne**

**dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wartość netto:** | **Wartość brutto:** |
| zł | zł |

Wartość oferty netto (słownie) ......................................................................................................

Wartość oferty brutto (słownie) .....................................................................................................

1. Oświadczamy, że termin płatności wynosi 60 dni.
2. Oświadczamy, że termin realizacji usługi wynosi 2 dni od momentu złożenia zapotrzebowania.
3. Oświadczamy, ze zapoznaliśmy się z treścią załączonego wzoru umowy i w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy z zamawiającym umowę sporządzoną na podstawie tego wzoru.
4. Dane do umowy:

|  |
| --- |
|  a) Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy: |
| Imię i nazwisko: |
|  |
|  |
| b) Osoba(y), odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy: |
| Imię i nazwisko: | Stanowisko: | tel/ fax/ e-mail: |
|  |  |  |
|  |  |  |
| c) Nr rachunku bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą:  |
| Nazwa i adres banku: | Nr rachunku: |
|  |  |

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Czytelny podpis Wykonawcy