Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTY

.......................... dnia................................

..........................................

(pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTY**

Nawiązując do Zapytania cenowego NA OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZNIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO

nr sprawy: KOPSN/ZO19/2022

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

Wartość oferty netto …………………………………………………..

Wartość oferty brutto ……………………………………………..

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałem się z treścią Zapytania i akceptuję jego treść, w tym warunki płatności oraz zdobyłem wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Wykonamy zamówienie w terminie: 2023.01.05-2024.01.04
3. cena brutto podana w niniejszym formularzu zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
4. wszystkie dane zawarte w mojej ofercie są zgodne z prawdą i aktualne   
   w chwili składania oferty.
5. jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. upoważniam do kontaktu z Zamawiającym w sprawie niniejszego zamówienia:………………..….tel………………fax…………………email ……………
7. termin płatności wynosi **30 dni** od dni doręczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT
8. na wezwanie Zamawiającego zobowiązuje się dostarczyć dokumenty o których mowa w V pkt 1 i 2 Zaproszenia.

.................................................................

/podpis/y, pieczątki osoby/osób upoważnionych/