Sygnatura akt: CEZAMAT/343/DBN/2021 Zał. nr 2 do zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTY**

(wypełnia Wykonawca)

Nazwa i adres WYKONAWCY:

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

REGON: ………………..……………….…….…..…… NIP: …………………………………….…..………….…..…

Wpis do KRS lub wpis do CEiDG: ……………………………………………………………………..……………

Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty na wykonanie zamówienia pn.:

**Zakup i dostawa urządzenia - stanowisko do oceny centralnej aktywacji nerwowej.**

1. Oferuję/my\* wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie
za łącznym wynagrodzeniem w wysokości:

cena netto: …………………………………………. zł, podatek VAT ………%, tj. ………….………zł,

cena brutto: …………………………….…………………….…….….…….…………..………...…………… zł, słownie brutto: ….……..…….…………………………………………………………………………………….. zł

1. Oświadczam/my\*, że:
* wyżej podane ceny zawierają wszelkie koszty, jakie ponoszę/ponosimy\* w celu należytego spełnienia wszystkich obowiązków wynikających z realizacji zamówienia,
* zapoznałem/łam/liśmy\* się z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w  zapytaniu ofertowym i nie wnoszę/nie wnosimy\* do niego zastrzeżeń,
* w razie wybrania mojej/naszej\* oferty zobowiązuję/jemy\* się
do realizacji zamówienia na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym oraz stanowiącym załącznik do zapytania ofertowego opisem przedmiotu zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
* całość zamówienia wykonam/wykonamy\* własnymi siłami\*

*(jeżeli nie, Wykonawca wskazuje części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom)*

powierzę/powierzymy\* podwykonawcom wykonanie części zamówienia w zakresie:

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

firma podwykonawcy:

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

1. Załącznikami do formularza, stanowiącymi integralną część oferty, są:
2. aktualny KRS lub wpis do CEiDG;
3. pełnomocnictwo – jeżeli dotyczy.

……………………………….., dnia ………………………. …..…..………………………………..

 *miejscowość data podpis osoby uprawnionej*

\* *niepotrzebne skreślić*