Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTY

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

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

(pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTY**

Nawiązując do Zapytania cenowego NA OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZNIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO

nr sprawy: KOPSN/ZO16/2021

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp.  | Wartość netto | Wartość brutto |
|  |  |  |

**Zastosowana stawka podatku VAT: …………..%**

**Oświadczam, że:**

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

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

/podpis/y, pieczątki osoby/osób upoważnionych/