



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie
ul. Kościuszki 10, 88-300 Mogilno
sekretariat: tel. 52 315 25 15, fax 52 315 25 33
e-mail: sekretariat@mpcz.pl
www.mpcz.pl

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Zamawiającego, pieczęć

Zał. Nr 1.

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

.....

Adres do korespondencji:

.....

NIP/REGON:

.....

KRS (jeśli

dotyczy).....

Numer faks:

.....

Adres e-mail:

.....

Osoba upoważniona do kontaktowania się z Zamawiającym/numer faks/e-mail:

.....

.....

L.p.	Przedmiot zamówienia	Cena ofertowa netto za całość zamówienia	Stawka podatku VAT	Cena ofertowa brutto za całość zamówienia
	1	2	5	6
1	Głowica konweksowa			
2	Głowica liniowa			
	SUMA			

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis osoby(osób)
upoważnionej(ych) do występowania
w imieniu Wykonawcy