

**FORMULARZ OFERTY NA DOSTAWY NICI CHIRURGICZNYCH  
DLA SPZOZ-ZZ W MAKOWIE MAZ.**

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa: .....

Imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela: .....

Telefon do kontaktu : .....

Adres: .....

**OFERTA CENOWA**

Oferowana cena brutto: .....

Słownie: .....

Oferowana cena netto: .....

Słownie: .....

W cenie zawarty jest podatek VAT w wysokości .....%.....złoty

Termin płatności: 30 dni, słownie dni:.....

**OŚWIADCZENIE Wykonawcy**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią SIWZ oraz załączonym wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń, co do ich treści i warunków określonych dla realizacji wymienionych dostaw.

Miejscowość..... data .....

Podpis oferenta .....