WOMP-ZO-1/2024 Załącznik nr 1

**Formularz ofertowy**

**Na zakup i dostawę leków dla Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Toruniu w okresie 24 miesięcy w trybie zapytania ofertowego**

1. Nazwa i adres Wykonawcy:

Nazwa:…………………………………………………………………………………

Adres:………………………………………………………………………………….

NIP:……………………………………………………………………………………

Tel./fax:………………………………………………………………………………..

Email:………………………………………………………………………………….

Osoba do kontaktu……………………………………………………………………..

1. Oferujemy realizacje przedmiotu zamówienia zgodnie z załączonym formularzem asortymentowo- cenowym, za kwotę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| lp  | Przedmiot  | Wartość netto  | VAT | Wartość brutto |
| 1 | **Leki**  |  |  |  |
| **Razem**  |  |  |  |

1. Deklarujemy dostawę leków zgodnie z załączonym formularzem asortymentowo - cenowym, stanowiącym integralną część oferty, na następujących warunkach:
	1. Termin dostawy w ciągu ...........dni od otrzymania zamówienia (max 3 dni);
	2. Termin płatności : przelewem ……………dni od dnia dostarczenia (21 dni);
	3. Okres stałości cen …………………..(min. 1 rok).
2. Akceptujemy warunki umowy przedstawione w załączonym wzorze.

V. Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy :

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

*data podpis*