

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

Dane Wykonawcy:

Nazwa:

.....

Imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela:

.....

Adres:

OFERTA CENOWA

Oferowana cena brutto:

Słownie:

Oferowana cena netto:

Słownie:

W cenie zawarty jest podatek VAT w wysokości

.....%.....złotych

Termin płatności: **50** dni, słownie dni:.....

Dodatkowy punkt zostanie przyznany za najdłuższy termin płatności, nie krótszy niż

(50 dni) (podać liczbę oraz słownie)

.....max 60 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 i pieczęćka uprawnionego przedstawiciela firmy
Wykonawcy)