



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik do zapytania ofertowego

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Wykonawcy:

Nazwa / imię i nazwisko:

Adres:

REGON: NIP:

Dane kontaktowe:

Tel: fax: email:

Osoba do kontaktu:

OFERTA NA:

**Zakup testów kasetkowych antygenowych
w ramach realizacji projektu pn. *Ograniczenie negatywnych skutków COVID-19
poprzez działania profilaktyczne i zabezpieczające skierowane do służb medycznych***

Niniejszym oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w cenie:

netto: zł

(słownie:.....)

brutto: zł

(słownie:.....)

Cena jednostkowa netto	Stawka VAT (%)	Cena jednostkowa brutto	Wartość zamówienia 4000 szt. netto	Wartość zamówienia 4000 szt. brutto

Czy Wykonawca jest płatnikiem VAT?

TAK / NIE

Oświadczamy, że:

- 1) wskazana w Formularzu ofertowym cena obejmuje cały zakres przedmiotu zamówienia wskazanego przez Zamawiającego, uwzględnia wszystkie wymagane opłaty i koszty niezbędne do zrealizowania całości przedmiotu zamówienia, wraz z dostawą;
- 2) zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego, Szczegółowego opisu przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
- 3) nie jesteśmy powiązani kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym;
- 4) posiadamy kompetencje i uprawnienia odpowiednie do prawidłowego wykonania zadania.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis osób/osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Dostawcy)