Zamawiający:

* 1. Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek”
	2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
	3. z siedzibą w Warszawie przy ul. Koszykowej 78,
	4. NIP 113-00-38-734: REGON P-010137895

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

**(nazwa/ imię i nazwisko i adres Wykonawcy)**

………………………………………………………………………

**(NIP, Regon)**

**Osoba do kontaktu……………………….tel:……………………….adres e-mail……..**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 27/ZO/2023 na **Sukcesywne wykonanie i dostawa druków medycznych oraz recept dla Przychodni przy ul. Koszykowej 78.**

**Składam/my następującą ofertę:**

|  |
| --- |
| **Cena za realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wyliczeniem wynikającym z tabeli poniżej:**  |
| Cena netto za realizację przedmiotu zamówienia\*:…………………….…………………PLN | Słownie: |
| Cena brutto za realizację przedmiotu zamówienia\* …………………….…………………PLN | Słownie: |

\*zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wyliczeniem załącznika 2a do zapytania (formularzem asortymentowo-cenowym

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zapoznałe/am się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia i warunków jego realizacji, zamieszczonymi w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
2. zobowiązuję się zawrzeć w formie pisemnej umowę z Zamawiającym na wykonanie przedmiotu zamówienia (**według wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do zapytania ofertowego**) w przypadku wyboru przez Zamawiającego złożonej przeze mnie oferty;
3. W celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu dołączam do niniejszego formularza ofertowego, następujące dokumenty:
	1. aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub wydruk z rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej; powyższy wymóg nie dotyczy Oferentów, w stosunku, do których odrębne przepisy nie wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej;
	2. oświadczenie, że spełniam/y warunki wymagane przez Zamawiającego zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego;
	3. oświadczenie zgodnie z załącznikiem nr 3 do niniejszego zapytania ofertowego.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby/-ób uprawnionej/-ych do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika