

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

## Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: .....  
 Siedziba: .....  
 Numer telefonu: .....  
 Numer faksu: .....  
 REGON: .....  
 NIP: .....

## Dane Zamawiającego

## Nabywca

Powiat Miński  
 05-300 Mińsk Mazowiecki  
 ul. Kściuszki 3  
 NIP 822-234-24-26 REGON: 690254559

## Odbiorca

Dom Pomocy Społecznej "Jedlina"  
 Mienia 300; 05-319 Ceglów  
 Tel, fax: 25 7570160; 25 7570949  
 e- mail: [administracjat@jedlina.dps.pl](mailto:administracjat@jedlina.dps.pl)  
 godziny pracy: 7:00 – 15:00

## Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do zapytania ofertowego na: Sukcesywnych dostaw leków, preparatów farmaceutycznych i materiałów medycznych dla Domu Pomocy Społecznej „Jedlina” w 2021 roku.  
 nr sprawy: AG.252.11.2020, oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:

## Cena oferty

**cena netto** .....zł

(słownie: .....)

podatek VAT ..... % .....zł

**cena brutto** .....zł

(słownie: .....)

## Oświadczam, że:

Wykonam zamówienie sukcesywnie w terminie do dnia: 31.12.2021r.  
 Termin płatności: 14 dni od daty złożenia faktury Zamawiającemu.  
 Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.

..... dnia .....

.....  
 pieczęć Oferenta

.....  
 pieczęć/imienna/e i podpis/y  
 uprawnionego/ych przedstawiciela/i Oferenta