

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

OFERTA

Dane dotyczące wykonawcy:

Nazwa:.....

Siedziba:.....

Adres poczty elektronicznej:.....

Strona internetowa:.....

Numer telefonu:.....

Numer faksu:.....

Numer REGON:.....

Numer NIP:.....

Dane dotyczące zamawiającego:

Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy w Wieruszowie

Ul. Warszawska 104

98-400 Wieruszów

Zobowiązania Wykonawcy:

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na **Dostawa leków dla Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy w Wieruszowie**

nr sprawy 5/PCM/2010, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

PAKIET NR 1

Wartość netto w PLN

Wartość podatku w PLN

Wartość brutto w PLN

Wartość brutto słownie

.....

Miejscowość, data

.....

pieczęć, podpis