

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 sprzętu jednorazowego dla Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy w Wieruszowie** nr sprawy 8/2010/PCM, 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

PAKIET NR 2

Wartość netto w PLN

Wartość podatku w PLN

Wartość brutto w PLN

Wartość brutto słownie

PAKIET NR 3

Wartość netto w PLN

Wartość podatku w PLN

Wartość brutto w PLN

Wartość brutto słownie

PAKIET NR 4

Wartość netto w PLN

Wartość podatku w PLN

Wartość brutto w PLN

Wartość brutto słownie

PAKIET NR 5

Wartość netto w PLN

Wartość podatku w PLN

Wartość brutto w PLN

Wartość brutto słownie

.....

Miejscowość, data

.....

pieczęć, podpis