Załącznik nr 2

**ZAMAWIAJĄCY**

 **Obwód Lecznictwa Kolejowego SP ZOZ**

 **ul. Sokola 50**

 **26-110 Skarżysko-Kamienna**

**WYKONAWCA**

Nazwa:…………………………………………………………………….

Adres:……………………………………………………………………..

Telefon…………………………………………………………………..

NIP………………………………………………………………………….

**FORMULARZ OFERTOWY**

W związku z zapytaniem ofertowym na zakup wraz z dostawą kalendarzy na rok 2020, dla Obwodu Lecznictwa Kolejowego SP ZOZ w Skarżysku-Kamiennej, zgodnie z opisem zawartym w Załączniku nr 1 – oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym zamówieniem za cenę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie** | **Ilość** | **Cenna netto za sztukę** | **Kwota netto** | **Kwota brutto** |
| Kalendarz książkowy dzienny A4 | 3 |  |  |  |
| Kalendarz książkowy dzienny A5 | 14 |  |  |  |
| Kalendarz książkowy dzienny B6 | 5 |  |  |  |
| Kalendarz trójdzielny | 63 |  |  |  |
| Kalendarz biurkowy | 35 |  |  |  |
| Kalendarz ścienny 14-planszowy | 2 |  |  |  |
| Kalendarz ścienny jednoplanszowy planer | 3 |  |  |  |

1. Termin płatności: 14 dni od daty prawidłowo wystawionej faktury
2. Termin realizacji zamówienia: 14 dni od daty złożenia zamówienia
3. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.

Miejscowość ……………………………….. data……………………..

 ……………………………………….

 Podpis Wykonawcy