**Załącznik nr 1**

 **AZ.2022.103**

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej**

 **w Kędzierzynie-Koźlu**

**ul. 24 Kwietnia 5**

 **47-200 Kędzierzyn-Koźle**

|  |
| --- |
| **„OFERTA”****Na: „Dostawę pojemników na odpady medyczne dla SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu”** |

1. **DANE WYKONAWCY**

Nazwa: ...........................................................................................................................................

Adres: …………...............................................................................................................................

Numer NIP .......................................................... Regon ............................................................

Adres e-mail: ......................................................

Osoba do kontaktu: ............................................ tel. ............................................

1. OFEROWANA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach wymaganych przez Zamawiającego określonych w postanowieniach ogłoszenia o zamówieniu za cenę:

|  |
| --- |
| **…………………………………………… zł netto ……………..…………………….. zł brutto** |

1. **POWYŻSZA CENA ZOSTAŁA OBLICZONA NA PODSTAWIE FORMULARZA CENOWEGO ZAŁĄCZONEGO DO OFERTY (ZAŁĄCZNIK NR 2)**
2. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POSTANOWIEŃ NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:**
3. Składam/-y ofertę na wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w ogłoszeniu o zamówieniu i istotnych postanowieniach umowy.
4. Oświadczam, że akceptuję termin płatności od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury: 30 dni.
5. Oświadczam/-y, że uważam/-y się za związanego/-ych z ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam/-y, że powyżej podana cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiając w przypadku wyboru mojej/-naszej oferty.

.............................. dnia …………......... ………………………………………………………………………

 podpis osoby/osób wskazanych do reprezentowania Wykonawcy

 i składania oświadczeń woli w jego imieniu