**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: Dostawa (sukcesywna) MLEKO płynne pasteryzowane dla Działu Żywienia Szpitala Klinicznego

im. K. Jonschera UM w Poznaniu

1. **Wykonawca**

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna)**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**NIP : ……………………..**

**Regon: ……………………………**

**Osoba/y uprawniona/e do kontaktów: ………………………………**

**Telefon:…………………**

ZAŁĄCZNIK nr 1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | ASORTYMENT | ILOŚĆ | CENA  NETTO  szt | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA |
| 1. | Woda gazowana Żywiec Zdrój poj 500ml | 360 szt |  |  |  |  |

......................................................................................

**data**, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych

do reprezentowania Wykonawcy