**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ**

**FORMULARZ OFERTY DODATKOWEJ**

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

 *miejscowość, data*

\*Wykonawca:...........................................................................................................................................

Adres :...................................................................... Województwo: ........................................................................

NIP ………………… REGON ……………….…… Nr KRS/CEIDG/inny…………………………

Tel.: .............................................. Fax: ..............................................

**Adres/adresy e-mail do kontaktu z Wykonawcą w ramach prowadzonego postępowania (adresy na które Zamawiający będzie przekazywał korespondencję z Wykonawcą) :**

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*\*W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w rozumieniu rozdziału X SWZ – podać informacje dotyczące wszystkich Wykonawców.*

1. **Przedmiot oferty:**

przetarg nieograniczony ogłoszony przez Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. w Gdyni, w lokalizacji: w Gdyni ul. Powstania Styczniowego 1, na: **Sukcesywne dostawy produktów farmaceutycznych dla Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. – środki przeciwnowotworowe i immunomodulujące,** znak: **D25M/251/N/6-12rj/24**

1. **Oferujemy następującą wartość za przedmiot zamówienia:**

Zadanie nr ….

Cena netto :................................................... zł

słownie: ……………………………………………………………………………… zł netto

Cena brutto: ………………………………………zł

słownie: ……………………………………………………………………………… zł brutto

*Punkt 2 nin. dokumentu w zakresie zadań powielić w przypadku składania oferty do więcej niż jednego zadania.*

|  |
| --- |
| **Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy**  |
| Imię i Nazwisko | Data | Podpis |
|  |  |  |
|  |  |  |