Nr rejestru  **33 /WIR/2024** Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

**„KMP Płock – dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami PdOZ ”**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKONAWCA:**  | ………………………………………….…………………………………………………..…… |
| Adres: | …………………………………………………………………………..………………..…… |
| Nr tel./fax : | …………………………………… e – mail: ….…………………..………………..…… |
| REGON | ………………………………………. | NIP | ………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie** | **Termin realizacji, ilość dni** **od daty zawarcia umowy** | **Wartość oferty w zł** **netto** | **Wartość oferty w zł brutto:**  |
| **„KMP Płock – dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami PdOZ ”**   | 45 dni od daty zawarcia umowy |  |  |

**Wykonawca** **udziela Zamawiającemu 36 miesięcy gwarancji** licząc od daty bezusterkowego odbioru końcowegoprzedmiotu umowy oraz zobowiązuje się do usuwania wad powstałych w okresie gwarancji nawłasny koszt, w terminie nie dłuższym niż **7 dni kalendarzowych** licząc od daty pisemnego zgłoszeniaprzez **Zamawiającego.**

Łączna wartość oferty ……………………………………………….. zł brutto

(słownie: ……………………………………....……………………………………………………….……………………………..)

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………….. | …………………………………………….. |
| (miejscowość, data) | (pieczęć i podpis Wykonawcy) |