*Załącznik nr 1*

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

(pieczęć nagłówkowa Wykonawcy)

# 

# FORMULARZ OFERTOWY

**Dane Wykonawcy:**

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

Siedziba: .....................................................................................................................................

Województwo: ...........................................................................................................................

Internet: http:// : ............................................................., e-mail: …………………………………..……..

Nr telefonu: ...............................................................................................................................

Nr NIP: ............................................................, Nr REGON …………………………..………………….…….

reprezentowany przez: .............................................................................................................

(imiona, nazwiska i stanowiska osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

**Dane dotyczące Zamawiającego:**

Dom Pomocy Społecznej w Ostrowie Wielkopolskim

ul. Staroprzygodzka 19

63 – 400 Ostrów Wielkopolski

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w formie zapytania ofertowego na realizację zadania pn.:

# Zakup i sukcesywna dostawa wyrobów medycznych dla Domu Pomocy Społecznej w Ostrowie Wielkopolskim

Oferuję wykonanie *dostawy*  będącej przedmiotem zamówienia, w cenie brutto ................................... złotych,

słownie: ............................................................................ brutto

w okresie od 01.03.2024 do 28.02.2025 roku.

…………………………………………………..

(podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)

…………………………..……

(miejscowość i data)