**FORMULARZ OFERTY CENOWEJ**

na sprzedaż i dostawę **głowicy convex UST-9123**

**Dane WYKONAWCY:**

**Zarejestrowana Nazwa Wykonawcy:**

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania Wykonawcy /dotyczy tylko przedsiębiorców będących osobami fizycznymi/

…………………………………………………………………………………………………

**NIP Wykonawcy …………………………………………………..**

**Nr telefonu Wykonawcy …………………………………………**

**Nr faksu Wykonawcy: ……………………………………………**

**Adres e-mail: ………………………………………………………..**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe przez Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Szaflarach na sprzedaż i dostawę **głowicy convex UST-9123**

oferujemy realizację zamówienia zgodnie z wymogami Zamawiającego, wg poniższego wyliczenia

**Wartość netto ……………….zł**

**VAT …… %**

**Wartość brutto ……………  zł**

Oświadczamy, że zdobyliśmy wszystkie niezbędne informacje do przygotowania i złożenia oferty.

  …......................................