***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Nr sprawy 02/Z/2017**

**„Dostawa pojemników potrójnych pustych 450 ml/2 x 300 ml w ilości 5 000 szt w okresie 12 miesięcy dla Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu”**

**WYKONAWCA:**

**1.Nazwa przedsiębiorstwa:** ........................................................................................................

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

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

**2.Adres przedsiębiorstwa:** .........................................................................................................

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

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

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

**3.Numer telefonu:** .......................................................................................................................

**4.Numer fax-u:** ...........................................................................................................................

**5.Numer konta bankowego:** .....................................................................................................

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

**6. NIP**……………………………………

**7. REGON**……………………………..

**8.adres e-mail**………………………………………………………………………………..

**9.strona internetowa**…………………………………………………………………………

1. Składamy ofertę na **„Dostawę pojemników potrójnych pustych 450 ml/2 x 300 ml w ilości 5 000 szt w okresie 12 miesięcy dla Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu”**

1a. Oświadczamy, iż zaoferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania łącznie zawarte w specyfikacji nr 02/Z/2017

2. Cena przedmiotu zamówienia zaproponowana w ofercie przez nas jest ceną ostateczną i nie może ulec podwyższeniu.

3. Oferowany przedmiot zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj pojemnika | **Nazwa, model, numer katalogowy pojemnika** | Producent | Cena jedn. netto | Ilość w szt | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
| Potrójny pusty 450ml/2 x 300ml |  |  |  | 5000 |  |  |  |

Pojedyncze pojemniki są/nie\* są opakowane w opakowania zbiorcze, a te w kartony transportowe, o ciężarze ………..kg.

W opakowaniu zbiorczym znajduje się …….szt, a w kartonie transportowym znajduje się ……szt

**4. Łączna wartość zamówienia wynosi:**

**netto………………………………PLN**

**(słownie:………………………………………………………………………………………PLN)**

**brutto: ….………….………….….PLN**

**(słownie: ………………………………………..………………….…..……….……………PLN),**

5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Specyfikacją i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.

6. Oświadczamy, że sposób reprezentacji Firmy dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący (proszę wpisać osoby, które będą podpisywać umowę, w przypadku wyboru Państwa oferty)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

7. Oświadczamy, że osobą odpowiedzialną za realizację niniejszego zamówienia będzie: ………………………………. …………………………………………………

(proszę wpisać osobę oraz nr jej telefonu, która będzie odpowiedzialna za realizację niniejszego zamówienia, w przypadku wyboru Państwa oferty)

8. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

9. Oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie na warunkach określonych w specyfikacji nr 02/Z/2017 oraz przedstawionych w niniejszej ofercie oraz akceptujemy projekt umowy nr 02/Z/2017.

10.Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:
…………………………………

…………………………………

…………………………………

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

/DATA, PIECZĘĆ, PODPIS WYKONAWCY