**FORMULARZ OFERTOWY**

**PRZETARG NIEOGRANICZONY**

**NA DOSTAWĘ**

NICI CHIRURGICZNYCH

Nazwa wykonawcy..........................................................................................

Siedziba wykonawcy ......................................................................................

Województwo ............................................. Powiat .......................................

Adres internetowy (URL) ...........................................

Poczta elektroniczna (e-mail) ……………………………………..

KRS/CEiDG *(niepotrzebne skreślić)* ……………………………………..

NIP .............................................. REGON ................................................

Nr telefonu/ fax .......................................................................................

Oznaczenie banku i numer konta................................................

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie treści oferty:

……………………................................ tel. ..................

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie realizacji zamówienia:

........................................ tel. ...............................

Pakiet nr …….

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za następującą cenę:

brutto:…………………………………………………...

netto: ………………………………… Vat: …………………………………………………...

W przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za swoją własną.

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

/data, podpis osoby upoważnionej/

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

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

/data, podpis osoby upoważnionej/