Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa przedmiotu zamówienia:

Sukcesywna dostawa artykułów sanitarno-medycznych na potrzeby jednostek Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty

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

NIP ................................. Regon ........................................ Tel ......................................

Fax ................................. E-mail …...................................... www ...................................

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT(podać w %) | Wartość brutto PLN |
|  | Sukcesywna dostawa artykułów sanitarno-medycznych na potrzeby jednostek Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu | …………. | …… | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….………………………………………………… |
|  | Termin realizacji jednorazowej dostawy (nie dłuższy niż 4 dni robocze od dnia złożenia zamówienia)  | zadeklarowany przez Wykonawcę ………. dzień / dni roboczy/robocze/roboczych |

..................... *(miejscowość),* dnia …………………. r.

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

 Podpis Wykonawcy