|  |  |
| --- | --- |
|   | **Gmina Stara Kamienica****58-512 Stara Kamienica nr 41** |

 (pieczęć adresowa oferenta) (miejscowość, data)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

**O WARTOŚCI SZACUNKOWEJ PONIŻEJ 30 000 EURO**

Nr sprawy: **RRG.344-36/17**

1. Zamawiający: Gmina Stara Kamienica

Przedmiot zamówienia:

***„Wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w sprzęt i aparaturę medyczną”***

1. Wykonawca deklaruje wykonanie robót będących przedmiotem zapytania ofertowego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nazwa i adres Wykonawcy: |  | *Tel.* |
|  |  |  |
|  |  | *Fax.* |
|  |  |  |
|  |  | *NIP* |
|  |  | *e-mail:* |

1. Cena oferty:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a. | kwota ryczałtowa netto  | Zł |
|  |  |  |
| b. | podatek VAT (...........%) | Zł |
|  |  |  |
| c. | **kwota ryczałtowa brutto za całość zamówienia**  | Zł |

**Cenę oferty obliczono na podstawie………………………………………………………………………………………….…….**

1. **Załączniki:**

**- Opis przedmiotu zamówienia - Karta szczegółowego wyposażenia**

- Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w zapytaniu ofertowym

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nazwa(y) wykonawcy(ów) [pieczęć(cie) Wykonawc(ów)] |  | nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów)  |  | podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) |  | miejscowość i data |
|  |