

FORMULARZ OFERTOWY

Dane dotyczące Oferenta:

Nazwa:

Adres/siedziba:

NIP (Numer Identyfikacji Podatkowej):

Tel:

Dane dotyczące Zamawiającego

Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu

ul. Gabriela Narutowicza 35

96-300 Żyrardów

NIP: 8381826711

Tel.: +48 46 855 47 09

Nawiązując do zapytania ofertowego nr WSP/1/2021 z dnia 10.09.2021 r. dotyczącego **dostawy sprzętu komputerowego**, przedstawiam ofertę:

Cena brutto przedmiotu zamówienia : PLN

w tym:

cena netto przedmiotu zamówienia:PLN

wartość podatku VAT:PLN

Osoba do kontaktu w sprawie oferty:

Pan/Pani:

adres e-mail: tel. kontaktowy:

Oświadczam, że:

- Akceptujemy wszystkie warunki zawarte w zapytaniu ofertowym. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuje się do podpisania umowy zgodnej z jej wzorem określonym w załączniku nr 4 do zapytania ofertowego, w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
- Otrzymaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym (art. 233 KK).
- Akceptujemy termin związania ofertą (60 dni od ostatecznego terminu składania ofert).

(miejscowość i data)

(podpis osoby reprezentującej Oferenta)