

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/4/2021 z dnia 07.12.2021 r. dotyczącego **dostawy sprzętu komputerowego wraz z akcesoriami**, przedstawiam ofertę:

Kalkulacja cenowa (W PLN)	
Cena brutto przedmiotu zamówienia (1 zestaw)	
Cena netto przedmiotu zamówienia (1 zestaw)	
Wartość podatku VAT (1 zestaw)	
Łączna cena brutto przedmiotu zamówienia (10 zestawów)	
Łączna cena netto przedmiotu zamówienia (10 zestawów)	
Łączna wartość podatku VAT (10 zestawów)	
TYP/MODEL oferowanego przedmiotu zapytania	
Oferowany przedmiot zapytania spełnia WSZYSTKIE wymagania określone w zapytaniu ofertowy TAK/NIE	Proszę wpisać TAK/NIE
Okres udzielanej gwarancji (minimum 24 miesiące)	Proszę wpisać 24/36/48 miesięcy

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 (30 dni od ostatecznego terminu składania ofert).

(miejscowość i data)

(podpis osoby reprezentującej Oferenta)