

Wzór formularza ofertowego.

Fabryka Narzędzi Medycznych – CHIRMED®
ul. Mstowska 8A
42-240 Rudniki k/Częstochowy
NIP 949 146 89 57

Nazwa i siedziba (adres) Wykonawcy:
REGON:
NIP:

Oferujemy sprzedaż i dostawę:

zakupu, dostawy i instalacji dygestorium o parametrach wyspecyfikowanych w zapytaniu ofertowym 2/12/2025 w projekcie KIDmicroBLOODpump.

wartość netto [PLN]:
słownie:
obowiązujący podatek VAT ... % tj.: [PLN]
słownie:
wartość brutto [PLN]:
słownie:

Termin płatności / forma finansowania: **płatność na podstawie faktury z terminem płatności: 60% przedpłata i 40% co najmniej 14 dni po dostawie i instalacji.**

Ważność oferty: **min. 21 dni.**

Zgodnie z poniższym wyszczególnieniem kosztów realizacji zamówienia:

Tabela kosztów realizacji zamówienia

(kalkulacja powinna uwzględniać wszystkie koszty dostawy na adres zamawiającego):

Lp.	Wyszczególnienie	Cena jednostkowa netto za szt / kpl.[PLN]	Ilość [szt]kpl]	Wartość netto [PLN] (3x4)	Podatek VAT % [PLN]	Wartość brutto [PLN] (5+6)
1	2	3	4	5	6	7
1	Dygestorium laboratoryjne wyspecyfikowanych w zapytaniu ofertowym 1/12/2025					
2	Transport i montaż					
3						
4						
5						
6						
PODSUMOWANIE						

Oświadczam(y), że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.

Oświadczam(y), że zapoznałem(-liśmy) się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę (nie wnosimy) w stosunku do nich żadnych zastrzeżeń oraz zobowiązuję(-my) się w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty do realizacji zamówienia na wyżej wymienionych warunkach.

Pieczęć i podpis wykonawcy