**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**„Świadczenie usług w zakresie opieki weterynaryjnej nad stadem bydła w Zakładzie Doświadczalnym ITP-PIB w Biebrzy”**

# **Dane dotyczące Wykonawcy**

Nazwa ..........................................................................................................................................

Siedziba ........................................................................................................................................

Nr telefonu / faxu .........................................................................................................................

e-mail: ..........................................................................................................................................

Nr NIP ..........................................................................................................................................

Nr REGON ..................................................................................................................................

# **Dane dotyczące Zamawiającego**

Instytut Technologiczno-Przyrodniczy

Państwowy Instytut Badawczy

Falenty. Al. Hrabska 3, 05-090 Raszyn

tel./ fax /022/ 720-04-20, [www.itp.edu.pl](http://www.itp.edu.pl)

# **Zobowiązania Usługodawcy**

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia, zgodnie z warunkami zawartymi w SWZ

za łączną kwotę:

**…. część zamówienia**

**1. Badanie USG**

Cena netto ............................................................................... zł/sztukę

podatek VAT .............................................................................zł/sztukę

cena brutto................................................................................ zł/sztukę

**2**.**Przemieszczenie trawieńca metodą laparotomii**

Cena netto ................................................................................ zł/sztukę

podatek VAT .............................................................................zł/sztukę

cena brutto................................................................................ zł/sztukę

**3. Kroplówka**

Cena netto ................................................................................ zł/sztukę

podatek VAT ............................................................................. zł/sztukę

cena brutto................................................................................. zł/sztukę

**4. Iniekcja**

Cena netto ................................................................................ zł/sztukę

podatek VAT .............................................................................. zł/sztukę

cena brutto.................................................................................. zł/sztukę

**5. Badanie kliniczne**

Cena netto .................................................................................. zł/sztukę

podatek VAT ............................................................................... zł/sztukę

cena brutto................................................................................... zł/sztukę

**6. Cięcie cesarskie**

Cena netto .................................................................................. zł/sztukę

podatek VAT ............................................................................... zł/sztukę

cena brutto................................................................................... zł/sztukę

1. **Badanie mleka na posiew**

Cena netto .................................................................................. zł/sztukę

podatek VAT ............................................................................... zł/sztukę

cena brutto................................................................................... zł/sztukę

**8. Dojazd**

Cena netto .................................................................................. zł/km

podatek VAT ............................................................................... zł/km

cena brutto................................................................................... zł/km

**Łączna cena brutto – pozycje od 1 do 8:**

**Brutto :** ................................................................. zł

(słownie: ....................................................................................................................złotych)

Adres lecznicy Wykonawcy: …………………………..

Termin realizacji usługi od otrzymania zgłoszenia …………… (*w godzinach*).

Termin płatności faktury wynosi ………. dni od daty otrzymania jej przez zamawiającego.

Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz zdobyłem konieczne informacje do przygotowania oferty.

Oświadczam, że w cenie mojej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego

w rozdziale V SWZ.

Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty otwarcia ofert tj. do dnia 20.01.2026 roku.

Oświadczam, że proponowany przez zamawiającego wzór umowy został zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Zamawiającego oświadczeń, wniosków, zawiadomień i informacji drogą elektroniczną oraz zobowiązuję się, na żądania Zamawiającego, do niezwłocznego potwierdzenia faktu ich otrzymania.

Adres e-mail, na który należy kierować przekazywane oświadczenia, wnioski, zawiadomienia i informacje: …………………………………………..

……………………………………….

(*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty)*