Załącznik nr 2

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa oraz siedziba Firmy ………………………………………………………………………………………………………

TELEFON …………………………………

REGON ……………………………………. NIP……………………………………………

e-mail …………………………………………

Nazwa banku ……………………………………………………………………………………………….

Nr konta bankowego……………………………………………………………………………………..

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy: …………………………………………………………………………  
 *(imię nazwisko, tel. kontaktowy)*

Osoba upoważniona do podpisania umowy: …………………………………………………………………………  
 *(imię nazwisko, tel. kontaktowy)*

**OFERTA CENOWA znak: ZO/42/AI/25**

Nawiązując do Zapytania Ofertowego *na Zakup oraz dostawę skanerów biurowych dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu-III*, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:

1. **Wartość oferty netto: …………………………………………………………… (PLN)**

**(słownie: ……………………………………………………………………………..)**

**(VAT)………………………..  
Wartość oferty brutto: …………………………………………………………. (PLN)**

**(słownie:………………………………………………………………………………)**

1. Oferowana cena brutto obejmuje:
2. cenę netto oferowanego produktu;
3. koszty dostawy;
4. podatek VAT;
5. Termin realizacji: 30 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia.
6. Termin płatności: 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo sporządzonej faktury VAT.
7. Oświadczam/y*\**, że zapoznałem/liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu ofertowym i przyjmuję/emy je bez zastrzeżeń.
8. Oświadczam/y*\**, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/emy się do realizacji zamówienia na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym.
9. Oświadczam/y*\**, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
10. Oświadczam/y*\**, że **gwarancja** na oferowany przedmiot zamówienia to: **3 lata**.

.......................................... .........................................

*(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*

*\*niepotrzebne skreślić*