FORMULARZ CENOWY

Oferuję realizację zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym nr 12/ZD/2019 za cenę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wartość netto**  **[zł]** | **VAT**  **[%]** | **Wartość brutto**  **[zł]** |
| 1. | 8 szt. IPMed zgodnych z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w zapytaniu ofertowym nr 12/ZD/2019 |  |  |  |

Termin ważności oferty: do dnia ……………….

……………………………….

(pieczęć i podpis wykonawcy)