Załącznik nr 1

 do Zaproszenia

ADM.272.3.216.2023

**Wykonawca:**

**NIP ……………………**

**REGON ………………………….**

 **Zamawiający**

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

06-400 Ciechanów

ul. Henryka Sienkiewicza 27

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. W nawiązaniu do zaproszenia do udziału w postępowaniu na usługi:

 1/ oferujemy realizację zamówienia przez okres

objęty umową za łączne wynagrodzenie:

 netto: słownie : .

 brutto: PLN słownie: złotych

 w tym % VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami

1. Jednocześnie oświadczamy, że:

1/ uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania
zamówienia oraz przyjmujemy warunki określone w Zapytaniu

2/ wynagrodzenie określone w ust. 1 obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem
przedmiotu zamówienia,

3/ wyrażamy zgodę na **14 dniowy** termin płatności licząc od daty otrzymania prawidłowo
wystawionej faktury,

4/ jesteśmy związani ofertą przez **7 dni**, licząc od daty upływu terminu składania ofert,

5/ osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w trakcie trwania postępowania jest:

 ............................................................ tel e mail .

6/ osobą upoważnioną do podpisania umowy w imieniu Wykonawcy jest:

7/ osobami odpowiedzialnymi za należyte wykonanie umowy ze strony Wykonawcy będą:

 ................................................ tel. …………………………………e mail .

( miejscowość, data)

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej do reprezentacji firmy)