**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

**……………………………………….**

*(nazwa firmy)*

**……………………………………….**

**……………………………………….**

*(adres)*

**……………………………………….**

**……………………………………….**

*(kontakt)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot** | **Ilość** | **Cena netto** | **VAT** | **Cena brutto** |
| **Herbicyd KLINIK FREE 360 DL** | **620 L** |  | **…….. %** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **warunki rękojmi/gwarancji** |  |
| **termin ważności oferty** | **……. dni** |
| **warunki płatności - Faktura VAT (płatność przelewem)** | **…….. dni** |

***……………………..***

*(podpis)*