**FORMULARZ OFERTY**

**Do zapytania ofertowego nr WSZ-EP-3/ZO/2017**

**Nazwa wykonawcy………………………………………………………..……………………………**

**Adres Wykonawcy………………………………………………………………….…………………**

**TEL……………………… FAX……………………….……… E-MAIL……………………..……**

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

**1**.Odpowiadając na zapytanie ofertowe na **usługę transportu żywności oraz do/z sterylizacji dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie:**

**1.1** Oferujemy wykonanie zamówienia dla pakietu 1 – usługa transportu żywności

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stawka za 1 km brutto** | **Ilość kilometrów** | **Wartość pakietu brutto** |
| **b.** | **c.** | **d. (b. x c.)** |
|  | **20 000 km** |  |

1.2 Oferujemy wykonanie zamówienia dla pakietu 2 transportu materiałów do/z sterylizacji

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stawka za 1 km brutto** | **Ilość kilometrów** | **Wartość pakietu brutto** |
| **b.** | **c.** | **d. (b. x c.)** |
|  | **7.600 km** |  |

**2**. Rodzaj oferowanego pojazdu (marka, typ pojazdu, ładowność, długość skrzyni ) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**4.** Warunki realizacji zamówienia zostały opisane w zapytaniu ofertowym nr WSZ-EP-3/ZO/2017 wraz z załącznikami 2.1,.2.2,., z którymi wykonawca zapoznał się i zaakceptował je w całości.

**5.** Ponadto do oferty dołączono: (wypełnić o ile dotyczy)

1/……………………………………………………………….

2/……………………………………………………………….

3/……………………………………………………………….

**6.** Oferta została złożona na.......... ponumerowanych i podpisanych stronach.

Podpis i pieczęć osoby sporządzającej

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