***Załącznik nr 1***

***do zapytania ofertowego nr 3/ZP/2024***

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………

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

Adres: ...............................................................................................................................

Tel. ........................................................

REGON: ................................................

NIP: .......................................................

**Zamawiający:**

***Pogotowie Ratunkowe***

***im. S.Greinera w Skawinie***

***ul.Niepodległości 12***

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia ofert na: ***Dostawa leków dla potrzeb zespołów ratownictwa medycznego*** ,oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w opisie zamówienia za cenę:

**Cena brutto za całość zamówienia:** …………………………. zł

słownie:.........................................................................................zł

w tym należny podatek VAT: ......... % ……. …………………zł

słownie: ………………………………………………………..zł

*Cena została obliczona wg załączonego druku „Kalkulacja ceny oferty”.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania Wykonawcy