# Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego - Formularz ofertowy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | | **ZAMAWIAJĄCY** | | **„ARNICA Adam Olszewski i Wspólnik Spółka Jawna**, ul. Amii Krajowej 18A, 06-400 Ciechanów, NIP: 5661981055, REGON: 142062258, KRS: 0000339913 | |

# FORMULARZ OFERTOWY

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYKONAWCA (NAZWA, ADRES, NIP)** |
|  |  |
|  | **DANE KONTAKTOWE** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia ………. w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności składam ofertę na wykonanie prac remontowo-adaptacyjnych na potrzeby utworzenia Dziennego Domu Opieki Medycznej w Ciechanowie, w budynku zlokalizowanym w przychodni Centrum Medycznym ARNICA w miejscowości Ciechanów 06-400 przy ul. Armii Krajowej 18A.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WARTOŚĆ NETTO** | **PODATEK VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | | **SŁOWNIE WARTOŚĆ BRUTTO** |
|  |  |  | |  |
| Termin wykonania robót: | |  |  |  |
| Realizacji przedmiotu zamówienia w godzinach | |  |  |  |
| Okres gwarancji: | |  |  |  |

Oświadczam, że jestem związany powyższą ofertą przez 30 dni od daty jej złożenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuje warunki w nim zawarte.

(miejscowość, data) (Podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych)