…………………………………

(miejscowość i data)

…………………………………………………………………………………………………

adres i nazwa wykonawcy

**ZAPYTANIE CENOWE**

Zamawiający Dom Pomocy Społecznej w Grazymach zaprasza do złożenia ofert na:

Przedmiot zamówienia: Dostawa leków oraz wyrobów medycznych w ramach codziennej realizacji recept mieszkańców DPS Grazymy w 2019r.

Termin realizacji zamówienia: 12 miesięcy, 01.01.2019 - 31.12.2019

Treść oferty:

1. Nazwa wykonawcy
2. Adres wykonawcy
3. NIP
4. Regon
5. Nr rachunku bankowego

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cenę netto zł (słownie złotych

**)**

Podatek VAT zł (słownie złotych

**)**

Cenę brutto zł (słownie złotych

**)**

**Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.**

**Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym.**

dnia...........................

pieczątka wykonawcy

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej