Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Centrum Opieki Medycznej**

**ul. 3 Maja 70**

**37-500 Jarosław**

Nazwa Wykonawcy: ..................................................................................................................

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

Nr telefonu: ...............................................................................................................................

Adres e-mail: …………………………………………….………………………………………………………………………….

w odpowiedzi na przekazane Zapytanie Ofertowe na**:**

**„Usługa utrzymania przez okres 12 miesięcy systemu kompleksowej obsługi urządzeń drukujących.”**

składamy niniejszą ofertę

**Oferujemy realizację**

zamówienia zgodnie z Zapytaniem Ofertowym:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ilość stron  (w szt.) | Cena netto za  1 szt.  wydruk w PLN | Wartość netto  w PLN | Stawka  należnego  podatku VAT  (w %) | Wartość brutto  w PLN | |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | |
| Przewidywana ilość wydruków monochromatycznych okresie 12 miesięcy od daty zawarcia umowy (01.01.2020r – 31.12.2020r) | 1 500 000 |  |  |  |  | |
| Przewidywana ilość wydruków kolorowych okresie 5  miesięcy od daty zawarcia umowy (01.01.2020r – 31.12.2020r) | 5 000 |  |  |  |  | |
| **Razem koszt wydruku monochromatyczny + kolor**  **w okresie 12 miesięcy (brutto)** | | | | |  |

Zobowiązujemy się realizować zamówienie w terminach określonych w Zapytaniu Ofertowym.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami Zapytania Ofertowego i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.

Oświadczam, że akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach wymienionych w Zapytaniu Ofertowym.

Ważność oferty 30 dni

Załączniki:

………………………………........

…………………, dn. ……………. R.

…….…….…………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela)