Załącznik nr 4 do regulaminu

Pieczęć Wykonawcy udzielania zamówień do 130 000 zł netto

 Załącznik nr 1 do Zapytania cenowego

Nr sprawy : **a2-17-MMED-2021** Data………………………

 **FORMULARZ OFERTOWY**

* 1. Nazwa wykonawcy: …………………………………………………………………………….
	2. Adres wykonawcy: ………………………………………………………………………………
	3. NIP: ……………………….. REGON ………………………….
	4. Kontakt: telefon,…………………….. . e-mail;………………………………….
	5. Osoba upoważniona ze strony Wykonawcy ………………………. Tel………………………
	6. Termin realizacji zamówienia; *zawarcie umowy do dnia* ***31.07.2022r.***
	7. Oświadczenie ofertowe Wykonawcy:
	8. Data ważności gwarancji: min 3 m-ce. oferowana: ………………….
	9. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia dla:

***Dostawa pojemników na odpady medyczne wg formularza ofertowego zał.nr1a***

* 1. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym.
	2. Przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymogi Zamawiającego.

Zamawiający dopuszcza złożenie faktury w formie: **papierowej na adres:** Krakowskie Pogotowie Ratunkowe ul. św. Łazarza 14, 31-530 Kraków**, elektronicznej** **na adres**: roman.szewczyk@kpr.med.pl lub **ustrukturyzowanej faktury elektronicznej** złożonej za pośrednictwem Platformy Elektronicznego Fakturowania, Broker PEFexpert dostępnej pod adresem: https://efaktura.gov.pl (portal PEF) lub https://brokerpefexpert.efaktura.gov.pl Identyfikatorem PEF Zmawiającego, który pozwoli na złożenie ustrukturyzowanej faktury elektronicznej jest numer NIP: **675-11-98-968**

 …………………………………

 *Podpis Wykonawcy*