Załącznik nr 1

**OFERTA**

Nazwa Wykonawcy

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

REGON............................................................... NIP...............................................................

Adres.......................................................................................................................................

Powiat ................................................Województwo.............................................................

tel. ........................................... fax. ………………………… e-mail. …..............................

Dla: **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ** ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia 13-12-2019r. nr sprawy: DIN.0421.10.2019 na:

**„Wsparcie serwisowe oprogramowania medycznego”**

Ja (imię i nazwisko)................................................................................

w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam, że w/w firma:

1. Oferuje:

1. wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

cena netto ...................................................zł

(słownie:............................................................................................................................)

cena brutto ..................................................zł

(słownie:...........................................................................................................................)

w tym VAT .................................................zł

(słownie:...............................................................................................................................)

2. W przypadku wyboru oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

3. Informujemy, że wszystkie zawarte w ofercie informacje są aktualne na dzień składania oferty.

………………………………………………. ………………………………………………………………………

(miejscowość) (data)  *( podpis i pieczątka imienna uprawnionego*

*(-ych) przedstawiciela(-li) firmy Wykonawcy)*