Załącznik nr 1 do SOPZ – wzór formularza ofertowego

**Oferta – wzór**

\* **gdy Wykonawcą jest osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą**:

Pan/Pani ........................, zamieszkały/a w .............………. (kod pocztowy), przy ulicy ......................., prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą ..................., adres wykonywania działalności gospodarczej: ……………….., na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej RP, PESEL: ........................, NIP: ..........................., REGON: …………………..,

\* **gdy Wykonawcą jest osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej**:

Pan/Pani ..................., zamieszkały/a w .................. (kod pocztowy), przy ulicy ....................., legitymujący/a się dowodem osobistym numer: …….……… seria …..…………, wydanym przez ……………., dnia …………….., PESEL: .......................,

\* **gdy Wykonawcą jest spółka cywilna**:

Pan/Pani ......................, zamieszkały/a w .......……. (kod pocztowy), przy ulicy ......................, prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą ......................................., na podstawie wpisu   
do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP, PESEL: ........................, NIP: ........................, REGON: …………………..,

Pan/Pani ……..............., zamieszkały/a w .........……… (kod pocztowy), przy ulicy ..................., prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą ......................................., na podstawie wpisu   
do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP, PESEL: ........................, NIP: ..........................., REGON: ………………….., (…)

prowadzącymi wspólnie działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej pod firmą ………………,  
na podstawie umowy z dnia ……………., NIP: ………………., REGON: ……………...., reprezentowanej przez ……………………,

Przystępując do prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia postepowania na wydruk i dostawę czeków na potrzeby działań informacyjno-promocyjnych Biura Komunikacji w Ministerstwie Zdrowia, składam/y niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia i oferuję/emy wykonanie zamówienia **za łączną cenę brutto:**  ……………………………………… *(wartość „RAZEM” z tabeli cenowej - verte).*

**Dodatkowo oświadczam/y, że:**

1. Jestem/śmy związani ofertą przez 30 dni od upływu terminu na składanie ofert,
2. akceptuję termin płatności,
3. w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, podpiszę umowę według załączonego wzoru, w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

Powyższa cena została ustalona na podstawie cen jednostkowych oferowanych w **Tabeli cenowej**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Do kiedy dostarczenie?** | **Przewidywana ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Cena całkowita brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **3 x 4** |
| Czek standard dla POIiŚ lub POWER | 2 dni robocze | 100 | ……………….. | ……………….. |
| Czek ekspres dla POIiŚ lub POWER | 1 dzień roboczy | 20 | ……………….. | ……………….. |
| **RAZEM (brutto):** | | | | ……………….. |

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

(data, miejscowość)