Znak sprawy: ZSSz.261.1.2025

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

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

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

NIP: ....................................................

REGON/KRS:.............................................

tel.: .....................................................

fax: .....................................................

adres e – mail: ....................................

osoba do kontaktu: ……………………………….

**Formularz ofertowy**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia 05.06.2025r. prowadzone w oparciu o Zarządzenie
Nr 657/20 Prezydenta Miasta Szczecin z dnia 28 grudnia 2020 r., na mocy Zarządzenia Nr 657/20 Prezydenta Miasta Szczecin z dnia 28 grudnia 2020 r., zmienionego:

Zarządzeniem Nr 39/21 Prezydenta Miasta Szczecin z dnia 26 stycznia 2021 r.,

Zarządzeniem Nr 162/23 Prezydenta Miasta Szczecin z dnia 24 marca 2023 r.,

Zarządzeniem Nr 142/24 Prezydenta Miasta Szczecin z dnia 13 marca 2024 r.

oraz Zarządzeniem Nr 454/24 Prezydenta Miasta Szczecin z dnia 26 sierpnia 2024 r.

na: ***zakup krzeseł szkolnych*** Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia określonych w zapytaniu ofertowym zgodnie z poniższym wykazem:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **cena jednostkowa netto (PLN)** |  **cena jednostkowa brutto (PLN)** |
| **1.** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam, że:

1. zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
2. uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
3. przedmiot zamówienia wykonamy zgodnie z niniejszą ofertą, opisem przedmiotu zamówienia.
4. niniejsza oferta jest zgodna z warunkami i treścią Zapytania ofertowego.
5. jestem związany niniejszą ofertą przez okres 14 dni od upływu terminu składania ofert.
6. cena wskazana w ofercie obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotowego zamówienia.
7. czas realizacji zamówienia to… …… dni
8. dostępność produktów - ……………………………
9. kosz dostawy: ………………………….
10. produktu zostaną dostarczone do wskazanej siedziby szkoły w szpitalu Zdroje,
ul. Mączna 4, 70-785 Szczecin, do wskazanego przez zamawiającego budynku.
11. płatność na podstawie faktury wystawionej na następujące dane:
nabywca: Gmina Miasto Szczecin

pl. Armii Krajowej 1

70-456 Szczecin

NIP 851-030-94-10

płatnik: Zespół Szkół Szpitalnych

ul. Unii lubelskiej 1

71-252 Szczecin

płatność: przelew 14 dni

załączniki:

1. projekt umowy
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………

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

 miejscowość i data /pieczątki i podpisy upoważnionych przedstawicieli

 Wykonawcy