**Załącznik nr 1**

**do zapytania ofertowego SEJ-ADM.230.01.2024.AL**

**OFERTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wymagane Informacje** | **Informacje podane przez Wykonawcę** |
| **1.** | **Nazwa i adres Wykonawcy:** |  |
| **2.** | **Numer telefonu/ faksu:** |  |
| **3.** | **Regon:** |  |
| **4.** | **Nip;** |  |
| **5.** | **Adres e-mail:** |  |
| **6.** | **Nr. konta bankowego:** |  |
| **7.** | **Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia**  |  |
| **8.** | **Osoba upoważniona do podpisania umowy** |  |
| **9.** | **Adres e-mail osoby wyznaczonej za realizację zamówienia**(w przypadku, gdy inny niż e-mail Wykonawcy wskazany w pkt 5) |  |
| **10.** | **Wartość oferty netto:** |  |
| **11.** | **VAT%:** |  |
| **12.** | **Wartość oferty brutto:** |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe **SEJ-ADM.230.01.2024.AL,** składam ofertę na realizację i sukcesywną dostawę artykułów biurowych i papierniczych dla SP ZOZ Sejny.

· Oświadczam iż, asortyment wymieniony w Załączniku nr 2 (formularz ofertowo-cenowy) dostawca dostarczy w ciągu 7 dni roboczych od otrzymania zamówienia.

 data i czytelny podpis Wykonawcy