

do zapytania ofertowego SEJ-ADM.230.01.2025.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.230.01.2025.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