Załącznik Nr 2 do SIWZ

……………………………….., data ……………………….

(pieczęć wykonawcy) (miejscowość)

NIP………………….REGON………………….

Tel……………./fax…………………..

Email:………………………………….

 **Powiat Nowomiejski**

 **ul. Rynek 1**

 **13-300 Nowe Miasto Lubawskie**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa wykonawcy .....…………………………………………………………………....................

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

1. Oferuję przedmiot zamówienia: **ambulans medyczny dla zespołu ratownictwa medycznego Szpitala Powiatowego w Nowym Mieście Lubawskim Sp. z o.o.** marki……………………………………………., rok produkcji ……………fabrycznie nowy za cenę**:**

 brutto …………………………… zł

 słownie : ……………………………………………………………………………….

 w tym podatek VAT ….……% …………………………… zł

2. **Okres gwarancji**:……………miesięcy

Oświadczam, że :

1. jestem małym / średnim przedsiębiorcą\**.*
2. pochodzę / nie pochodzę z innego państwa członkowskiego UE\* - ………………………………………..(*jeśli tak,* *wpisać nazwę państwa pochodzenia innego niż RP).*
3. pochodzę / nie pochodzę z innego państwa nie będącego członkiem UE\* - …………………………………..*(jeśli tak, wpisać nazwę państwa).*
4. zapoznałem się z ogłoszeniem o zamówieniu oraz SIWZ i nie wnoszę zastrzeżeń.
5. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie określonym przez zamawiającego.

\*Niepotrzebne skreślić

Załączniki:

1. ……………………………………………….
2. ………………………………………………….
3. ………………………………………………….

 ….………………………………………..

 podpis wykonawcy