…………………………..…………………………

 *(pieczęć Wykonawcy)*

**OFERTA**

na wykonanie zamówienia publicznego pn. **Zabezpieczenie medyczne imprezy masowej pn. Dni Bojanowa 2025.**

**DANE WYKONAWCY:**

1. Nazwa: .......................................................................................................................
2. Adres: ........................................................................................................................
3. Osoby reprezentujące:

3.1. ………………………………stanowisko ………………..………...……..….

3.2. ………………………………stanowisko ………..…………..……....……….

1. Numer identyfikacji podatkowej NIP: ......................................................................
2. Nr tel.: ……………………………………………………...…...…………………
3. Adres e-mail: ……………………………………………………………………….

**OFERTA:**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za łączne wynagrodzenie
w wysokości netto .................................. zł, plus obowiązujący podatek VAT
w wysokości .......... %, co stanowi kwotę ................................... zł.
Wynagrodzenie brutto wynosi .................................... zł, słownie .........................................................................................................................zł

2. Oświadczam, że zapoznaliśmy się ze szczegółowymi warunkami realizacji zamówienia wynikającymi z zapytania.

3. Oświadczamy że niniejszą ofertę przygotowaliśmy zgodnie z wymaganiami określonymi
w dokumentach jw.

4. Oświadczam, że znane są nam warunki zamówienia oraz że posiadamy wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty.

5. Oświadczam, że zobowiązujemy się wykonać zamówienie w terminie wskazanym
w zapytaniu.

6. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania w związku z okolicznościami wskazanymi w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach
w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2024 r., poz. 507).

 *Podpisano:*

 *........................................................*

*(podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

*……………………………..,dnia………………………..2025 r.*