

.....
(pieczęć wykonawcy)

Formularz kalkulacyjny

Ja (My), niżej podpisany (ni)
działając w imieniu i na rzecz :

.....
(pełna nazwa wykonawcy)

.....
(adres siedziby wykonawcy)

REGON..... Nr NIP

Nr konta bankowego:

nr telefonu nr faxu

e-mail

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na :

„Dostawy pieluchomajtek, wkładek anatomicznych do Domu Pomocy Społecznej Dom Kombatanta i Pioniera Ziemi Szczecińskiej”

składam(y) niniejszą ofertę:

| L.p. | Kod CPV | Nazwa towaru | J.m. | Przewidywana ilość | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
|---|---------------|---|------|--------------------|-------------------------|----------------|
| Dostawy pieluchomajtek i wkładek anatomicznych | | | | | | |
| 1 | 33.77.00.00-8 | Pieluchomajtki nocne dla dorosłych rozmiar L | szt. | 74 520 | | |
| 2 | 33.77.00.00-8 | Pieluchomajtki nocne dla dorosłych rozmiar XL | szt. | 12 600 | | |
| 3 | 33.77.00.00-8 | Wkładki anatomiczne, rozmiar L | szt. | 8 640 | | |
| 4 | 33.77.00.00-8 | Podkład celulozowy w rolce 50cmx50cm | szt. | 15 | | |
| Razem wartość brutto | | | | | | |

....., dn.

.....
(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji
wykonawcy)