**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego **- Formularz Oferty**Nr sprawy: **PO.2721.64.2021**

W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu pn. Usługa diagnostyki, naprawy oraz przeglądu okresowego zamrażarek niskotemperaturowych oraz kriogenicznych na rzecz Sieci Badawczej Łukasiewicz – PORT Polskiego Ośrodka Rozwoju Technologii ul. Stabłowicka 147, 54-066 Wrocław, składam/y niniejszą ofertę

1. WYKONAWCA:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Adres Wykonawcy  |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| KRS |  |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej do kontaktów |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres mailowy |  |

1. Ja niżej podpisany oświadczam, że:
	1. zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego,
	2. gwarantuję wykonanie niniejszego zamówienia zgodnie z treścią Zapytania ofertowego,
	3. cena mojej oferty za prawidłową i pełną realizację zamówienia wynosi:
2. *Cena wynosi …………………………….... zł netto*,

słownie: ……………………………………………………………………..

1. Cena wynosi ………………..……….. *zł brutto*,

słowie: ………………………………………………………………………

Powyższa cena zawiera wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym koszty dojazdu, koszty materiałów i inne.

* 1. niniejsza oferta jest ważna przez 30 dni,
	2. oświadczam, że spełniam warunki udziału w zapytaniu;
	3. oświadczam, że posiadam kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;
	4. oświadczam, że posiadam zdolność techniczną i zawodową do wykonania przedmiotu zamówienia,
	5. oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia;
1. Podpis(y):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NazwaWykonawcy | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Miejscowośći data |
|  |  |  |  |