

FORMULARZ OFERTOWY

na realizację zamówienia pn.:

Fungicyd rzepakowy z substancjami czynnymi: protiokonazol, tebukonazol

Nazwa i adres Zamawiającego

OŚRODEK HODOWLI ZWIERZĄT ZARODOWYCH SPÓŁKA

Z o.o. W CHODECZKU, Chodeczek, 87-860 Chodecz

Tel. 054 28-49-110 E-mail: biuro@ohzz.chodeczek.pl

Reprezentowany przez Prezesa Zarządu: Mateusz Ćwikliński

Wiceprezes Zarządu: Witold Kwapiński

1. Wymagany termin realizacji zamówienia

Zamówienie zostanie wykonane w ciągu 7 dni od podpisania stosownej umowy.

Termin płatności: 90 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.

2. Nazwa i adres wykonawcy:

Nazwa:

Adres:

NIP:REGON:.....

Nr KRS (jeśli został nadany):

nr faksu/telefonu: e-mail:.....

3. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie zadania opisanym w przedmiocie zamówienia:

Lp.	Nazwa produktu oraz Producent	Cena netto za 1 L	Substancje czynne	zawartość
1.			protiokonazol	 %
			tebukonazol	 %
2.			protiokonazol	 %
			tebukonazol	 %

4. Oświadczam, iż dysponuję uprawnieniami, wiedzą, doświadczeniem, potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.

5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

6. W razie dokonania wyboru mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w dokumentacji postępowania, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)