

Nazwa i adres Wykonawcy:

nazwa:

adres:

NIP:

Osoba uprawniona do reprezentowania wykonawcy, w tym do podpisania umowy:

FORMULARZ OFERTOWY

w zamówieniu bez stosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.
Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 907)
zwanej dalej „ustawą”, na podstawie art. 4 ust. 8 ustawy

Test immunochromatograficzny

1. **Nazwa i adres Zamawiającego**
KOMENDANT STOLECZNY POLICJI
ul. Nowolipie 2,
00-150 Warszawa

2. **W odpowiedzi na Państwa ogłoszenie oferujemy*:**

L.p.	Przedmiot zamówienia	Ilość	Cena jednostkowa brutto (PLN)	Cena oferty brutto (PLN) (kol. 3 x 4)
1	2	3	4	5
1.	Test immunochromatograficzny do ujawniania śliny ludzkiej RISID-SALIVA a'25	2 op.		
Słownie cena oferty brutto:				

3. **Termin realizacji przedmiotu zamówienia: 14 dni.**
4. Termin przydatności do użycia min. 12 miesięcy
5. Dostawa na koszt Wykonawcy
6. Miejsce realizacji przedmiotu zamówienia: *Laboratorium Kryminalistyczne KSP, ul. Nowolipie 2, 00-150 Warszawa.*
7. Formularz ofertowy wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w siedzibie Wydziału Zaopatrzenia KSP, 02-336 Warszawa ul. Włochowska 25/33, przesłać na nr faksu 22 603-30-27 lub drogą elektroniczną na adres e-mail: kornelukm@policja.waw.pl
8. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od ostatecznego terminu składania ofert.
9. **Reklamacje** należy składać na adres: i nr faksu
10. **Osobą wyznaczoną przez Wykonawcę do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji przedmiotu zamówienia jest**

11. **Dane kontaktowe:** tel.: / faks: /e-mail:

.....
Data, podpis i pieczęć Wykonawcy