## Zał. nr 1 do SIWZ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **F O R M U L A R Z O F E R T Y** | | |
| **Przedmiot przetargu** | **Dostawa środków odkażających**  **dla Domu Pomocy Społecznej „KALINA” w Lublinie** | |
| **Zamawiający** | **DOM POMOCY SPOŁECZNEJ „KALINA”**  **20-201 LUBLIN ul. Kalinowszczyzna 84** | |
| **Nazwa i adres**  **Oferenta** |  |
|  |  |
| **Cena ofertowa w zł brutto**  (cyfrowo i słownie) |  |
|  |
| Termin zapłaty |  |
| Podpisy |  | |