##  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 |  |