**Załącznik nr 1 do Zapytania cenowego nr 3/09/2017**

#### **FORMULARZ OFERTY**

*……………………., dnia ............................*

**Zamawiający**

MASTER PHARM SPÓŁKA AKCYJNA

ul. Wersalska 8

91-203 Łódź

**W imieniu Oferenta**

 *(nazwa, adres siedziby Wykonawcy, NIP, REGON, dane teleadresowe / ew. czytelna pieczęć)*

**w odpowiedzi na Zapytanie cenowego nr 3/09/2017 na**

*dostawę substancji aktywnych na potrzeby realizacji prac badawczo-rozwojowych w ramach projektu „Prace B+R nad opracowaniem innowacji produktowej przy zastosowaniu plechy porostu islandzkiego do wytworzenia wyrobu medycznego dla kobiet INNOWAG”*

**przedstawiam następującą ofertę na następujących warunkach:**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nazwa\**** | ***Oferta*** |
| ***CZĘŚĆ 1 PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - Ekstrakt z plechy porostu islandzkiego*** |
| **Całkowita cena netto w złotych polskich (PLN)** |  |
| ***CZĘŚĆ 2 PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - Kwas L-askorbinowy*** |
| **Całkowita cena netto w złotych polskich (PLN)** |  |
| ***CZĘŚĆ 3 PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - Galaktooligosacharydy*** |
| **Całkowita cena netto w złotych polskich (PLN)** |  |

*\* Należy wypełnić w tych częściach przedmiotu zamówienia, w których składana jest oferta. W pozostałych częściach należy wpisać „nie dotyczy.”*

Miejscowość …………………, dnia …………… .....................................................................................

*(podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)*