

OFERTA WYKONAWCY

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa:
.....
Siedziba (dokładny adres):
.....
nr telefonu:
nr fax:
nr NIP:

Dane dotyczące Zleceniodawcy:

Nazwa: Samodzielny Publiczny Szpital
Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II
Adres: ul. Aleje Jana Pawła II 10,
22-400 Zamość
nr telefonu: 84 677-32-85
nr fax: 84 638-66-69
nr NIP: 922-22-92-491

Zobowiązania Wykonawcy:

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (nr sprawy: AG.6113/8/ /2011) na odbiór odpadów opakowaniowych, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu, za kwotę w wysokości:

- a. netto zł
(słownie:)
- b. stawka podatku VAT %
- c. brutto: zł
(słownie:)

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

3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.

4. Oferuję termin płatności dni licząc od daty otrzymania przez Zlecającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego - 30dni).

Załączniki:

1. oferta cenowa
2. aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert oraz decyzję dotyczącą zezwolenia na zbieranie odpadów.

..... dnia

.....
podpis osoby upoważnionej/uprawnionej