

## OFERTA WYKONAWCY

### Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa: .....  
Siedziba (dokładny adres): .....  
.....  
Numer telefonu : .....  
Numer faxu : .....  
Numer NIP : .....

### Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Samodzielny Publiczny Szpital  
Wojewódzki im Papieża Jana Pawła II  
Adres: ul. Aleje Jana Pawła II 10  
22-400 Zamość  
Numer telefonu: (84) 677 33 33  
Numer faxu: (84) 638 66 69  
Numer NIP: 922-22-92-491

### Zobowiązania wykonawcy:

Zadanie nr .....

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (numer sprawy: AZ.2150-4/2/2011) na dostawę sprzętu medycznego j.u./koncentratów/środka dezynfekcyjnego dla Stacji Dializ- oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:
  - a) netto: .....zł (słownie: .....złotych)
  - b) stawka podatku VAT: ..... %
  - c) brutto: .....zł (słownie: .....złotych).
2. Oferuję termin płatności ..... dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni)
3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.

### 4. Załączniki:

- .....
- .....

.....dnia.....

.....  
(podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej)