

OFERTA DOSTAWCY

Dane dotyczące Dostawcy:

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 dostawcy :

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (numer sprawy : TI.2110/24/2011) na dostawę oprogramowania antywirusowego oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę :

a) netto :zł (słownie:złotych)

b) stawka podatku VAT : %

c) brutto :zł (słownie:złotych).

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 płatnościdni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).

5. Załączniki :

- oferta cenowa,
- aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem składania ofert .

.....dnia.....

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

* *niepotrzebne skreślić*