

## OFERTA WYKONAWCY

### Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa:.....

Siedziba(dokładny

adres):.....

.....

Nr telefonu.....

Nr fax.....

Nr NIP.....

### Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Samodzielny Publiczny Szpital

Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II

Adres: ul. Aleje Jana Pawła II 10, 22-400

Zamość

Nr telefonu: 84 6773333

Nr fax: 84 6386669

Nr NIP: 922-22-92-491

### Zobowiązania Wykonawcy:

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (nr sprawy: AG.6113/16/2012) na **usługę zabezpieczenia przeciwsłonecznego okien** oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia za cenę:

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

5. Oświadczam, że na oferowaną usługę udzielam..... miesięcy gwarancji licząc od dnia dostawy, instalacji i uruchomienia (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 5 lat).

6. Oświadczam, że oferowana folia spełnia wymogi określone w załączniku nr 2 do zaproszenia.

7. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji wykonana zostanie usługa wymiany uszkodzonej – wadliwej folii na wolną od wad (usługa i folia bezpłatnie).

### 8. Załączniki:

- oferta cenowa
- aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem składania ofert
- szczegółowa charakterystyka oferowanej folii
- deklaracja wytwórcy (deklaracja zgodności CE)

.....dnia.....2012r.

.....  
/podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej/\*