

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 6113/4/ /2012) na wymianę na nowe zużytych 2 szt. blatów roboczych w Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii SP szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

netto.....zł

należny podatek VAT..... zł

wartość

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.Na wykonaną zabudowę oraz mechanizmy i urządzenie w niej zabudowane udzielam..... m-cy gwarancji

6. Oświadczam, że realizowana usługa spełnia wymogi bezpieczeństwa dla obsługującego sprzęt personelu.

Załączniki:

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

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

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

* niepotrzebne skreślić

