

Formularz oferty Wykonawcy

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka wykonawcy)

tel.:

fax:

**Samodzielny Publiczny
Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
fax (084) 638 66 69**

OFERTA WYKONAWCY

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (pismo: TIK.....
z dnia:.....) na wykonanie rocznego przeglądu okresowego aparatów do znieczulenia
ogólnego

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia dla zadania, zgodnie z wymogami
opisu, za kwotę w wysokości :

a. netto: zł

(słownie:zł)

b. stawka podatku VAT %

c. brutto: zł

(słownie:zł)

**2. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia w terminie : 14 dni od daty
zgłoszenia przez Zamawiającego.**

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

4. Oferuje termin płatności dni od daty otrzymania faktury VAT.

(minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni)

6. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:

a) Aktualny odpis z właściwego rejestru wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed
upływem składania ofert.

b) Dokument potwierdzający, że Wykonawca posiada doświadczenie i wiedzę w zakresie
wykonywania czynności serwisowych aparatów do znieczulenia ogólnego, np. autoryzacja
producenta, zaświadczenie o odbytym szkoleniu

.....
podpis osoby uprawnionej/upoważnionej