

Formularz oferty Wykonawcy

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć 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 usługę :

„ „
1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, 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 określonym przez Zamawiającego

3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy

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

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

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

- a) Wymagania Zamawiającego dotyczące wykonania testów specjalistycznych aparatury rtg
- b) Oferta cenowa
- c) Dokument uprawniający do wykonywania testów specjalistycznych wyszczególnionej aparatury rtg.