

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 naprawę aparatu do wspomagania oddechu –nCPAP Infant Flow
SiPAP prod. Bird

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 : max 7 dni od daty otrzymania zamówienia

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

4. Udzielam gwarancji na wymienione podzespoły min. 6 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu naprawy.

5. 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

.....
podpis osoby uprawnionej/upoważnionej