Formularz oferty Wykonawcy

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczątka 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 akceptuje 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.
(minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni)

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.