

.....  
(miejsowość, 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 (numer sprawy AG-Z.2150-5/2/2014 ) na dostawę **endosond okulistycznych zadanie nr .....** :

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 .....  
od dnia wysłania zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
4. Oferuję termin płatności ..... dni od daty otrzymania faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 60 dni).
5. Oświadczam, że oferowany osprzęt jest dopuszczony do obrotu i używania na terenie Polski oraz posiada stosowne dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.
6. Oświadczam, że oferowany osprzęt jest kompatybilny z laserem diodowym IRIS Oculight.
7. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:
  - a) aktualny odpis z właściwego rejestru (np. KRS) lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,
  - b) pełnomocnictwo w oryginale bądź notarialnie poświadczony w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika.
  - c) formularz oferty cenowej

.....  
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej \*  
do reprezentowania Wykonawcy

Numer sprawy: AG-Z.2150-5/2/2014

strona 1 z 1