

OFERTA WYKONAWCY

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa:
.....
Siedziba (dokładny adres):
.....
nr telefonu:
nr fax:
nr NIP:

Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Samodzielny Publiczny Szpital
Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II
Adres: ul. Aleje Jana Pawła II 10,
22-400 Zamość
nr telefonu: 84 677-32-85
nr fax: 84 638-66-69
nr NIP: 922-22-92-491

Zobowiązania Wykonawcy:

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (nr sprawy: AG.6113/3/2014) na świadczenie usług kurierskich, 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. Oferuję ubezpieczenie przesyłki o wartości: do 10000zł za kwotęzł netto
do 30000zł za kwotęzł netto
do 50000zł za kwotęzł netto
do 100000zł za kwotęzł netto.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.
5. Oferuję termin płatności od daty otrzymania faktury VAT (nie krótszy niż 30dni).