

Formularz oferty wykonawcy

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć wykonawcy)

Samodzielny Publiczny Szpital

Wojewódzki

im. Papieża Jana Pawła II

ul. Al. Jana Pawła II 10

22-400 Zamosć

fax (084) 638 66 69

OFERTA WYKONAWCY

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (pismo : KF z dnia :
... ..) na usługę :

„ ”

- Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę w wysokości :
 - a. netto : zł
(słownie : zł)
 - b. stawka podatku VAT %
 - c. brutto : zł
(słownie : zł)

- Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia do dnia / w terminie 20..... roku.

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

- Załącznikami do niniejszego formularza oferty, stanowiącymi jej integralną część, są :
 - a.
 - b.
 - c.

.....

podpis osoby uprawnionej / upoważnionej *

* niepotrzebne skreślić