

OFERTA

Dane dotyczące Kupującego:

Nazwa:.....

Siedziba(dokładny
adres):.....

Nr telefonu.....

Nr fax.....

Nr NIP.....

Dane dotyczące Sprzedającego:

Nazwa: Samodzielny Publiczny Szpital
Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II
Adres: ul. Aleje Jana Pawła II 10, 22-400
Zamość

Nr telefonu: 84 6773333

Nr fax: 84 6386669

Nr NIP: 922-22-92-491

Zobowiązania Kupującego:

1.Nawiązując do ogłoszenia o przetargu na sprzedaż maszyn i urządzeń gospodarczych i medycznych wg załącznika nr 1, oferuję zakup poniższych maszyn i urządzeń za kwotę:

| Lp. | Nazwa urządzenia/maszyny | Ilość | Oferowana cena netto 1szt. w zł | Wartość netto w zł |
|-----|--------------------------|-------|---------------------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- do powyższych cen doliczony zostanie należny podatek od towarów i usług

2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz wykazem maszyn i urządzeń gospodarczych i medycznych i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

3.Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.

4.Oświadczam, że w przypadku uchylenia się od podpisania umowy (o ile moja oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą) w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji o wyborze oferty najkorzystniejszej, utracę na rzecz Szpitala wniesione wadium.

5. Oświadczam, że znany jest mi stan techniczny zaoferowanych maszyn i urządzeń technicznych i medycznych.

.....dnia.....2017r.

.....
*/podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej/**

* niepotrzebne skreślić