



Załącznik Nr 1
LAP.6150-U/09/...../2017
FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY
Zadanie I

.....
(miejscowość, 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 (pismo:
LAP.6150-U/09/...../2017) na dostawę :

„ „

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 do dnia / w terminie 201... roku *
3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy *.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że oferowane preparaty do żywienia dojelitowego i pozajelitowego są dopuszczone do obrotu na terenie RP, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz posiada termin ważności nie krótszy niż 6 miesięcy licząc od daty dostawy.
6. Oferuję termin płatności 60 dni od daty otrzymania faktury VAT.



Załącznik Nr 1
LAP.6150-U/09/...../2017
FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY
Zadanie I

* - niewłaściwe skreślić

7. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:

a.

b.

c.

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *

* *niepotrzebne skreślić*