



Załącznik Nr 1
LAP.6150-U.02.....2018
FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY
Zadanie I

.....
(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 (pismo:
LAP.6150-U.02.....2018) na dostawę :

„ Preparatów do żywienia dojelitowego oraz zestawów do żywienia wraz z dzierżawą
pomp „

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)w tym czynsz dzierżawy 3 pomp za okres trwania umowy w wysokości:
 - a. netto:.....zł
(słownie:.....zł)
 - b. stawka podatku VAT%
 - c. brutto.....zł
(słownie:.....zł)
2. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia do dnia 27 lutego 2019 r.
3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorach umów.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że oferowane preparaty do żywienia dojelitowego są dopuszczone do obrotu na terenie RP, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz posiadają terminy ważności nie krótsze niż 6 miesięcy licząc od daty dostawy.



Załącznik Nr 1
LAP.6150-U.02.....2018
FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY
Zadanie I

6. Oświadczam, że oferowane w dzierżawę pompy do podaży żywienia dojelitowego są dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych i są oznaczone znakiem CE.

7. Oferuję termin płatności 60 dni od daty otrzymania faktury VAT.

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

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *

* *niepotrzebne skreślić*