



Załącznik Nr 1  
LAP.6150-U/01/..../2019  
FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY  
Zadanie I /Zadanie II\*  
Zadanie III /Zadanie IV\*

.....  
(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/01/..../2019) na dostawę :

**„drenów oraz aparatów grawitacyjnych bez PCV do podaży leków cytotoksycznych.”**

- Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu, za kwotę w wysokości :
  - netto: ..... zł  
(słownie: ..... zł)
  - stawka podatku VAT ..... %
  - brutto: ..... zł  
(słownie: ..... zł)
- Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia do 12 miesięcy od zawarcia umowy.
- Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy.
- Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
- Oświadczam, że oferowane drenaże oraz aparaty grawitacyjne bez PCV do podaży leków cytotoksycznych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz posiadają termin ważności nie krótszy niż 12 miesięcy licząc od daty dostawy.
- Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia przez cały okres trwania umowy.



**Załącznik Nr 1**  
**LAP.6150-U/01/.../2019**  
**FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY**  
**Zadanie I /Zadanie II\***  
**Zadanie III /Zadanie IV\***

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*