

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
.....
(pieczętka wykonawcy)

tel.:

e-mail:

**Samodzielny Publiczny
Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
tel. 84 677-33-33
e-mail: szpital@szpital.zam.pl**

OFERTA WYKONAWCY

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy AT.6112.6.2023) na **zad. nr** :

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu, za kwotę w wysokości :

- netto: zł

(słownie: zł)

- stawka podatku VAT %

- brutto: zł

(słownie: zł)

1. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.
2. Oświadczam, że przedmiot zamówienia realizowany będzie przez okres 12 miesięcy licząc od daty zawarcia umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wymienionych w Zaproszeniu na odbiór i zagospodarowanie odpadów w celu przeprowadzenia postępowania i późniejszej jego realizacji. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej w załączniku nr 5 do niniejszego zaproszenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie poprawiania.
5. Oferuję termin płatności dni od daty otrzymania faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).
6. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:
 - a) aktualny odpis z właściwego rejestru (np. KRS) lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej oraz decyzję dotyczącą zezwolenia na zbieranie odpadów
 - b)
 - c)

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *
do reprezentowania Wykonawcy