

(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
Zadanie.....

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy **AG.6112.15 .2017**) na świadczenie usług transportu sanitarnego w zakresie podstawowym i na rzecz osób dializowanych dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu, w zakresie zadania nr 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 zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oferuję termin płatności dni od daty otrzymania faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 60 dni).
5. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)

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