



Załącznik Nr 1
LAP.6150-U.03.....2018
FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY

.....
(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.03.....2018) na dostawę :

„ Immunoglobulin Anty-D „

- 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 dnia 05 stycznia 2019 r.
- 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 produkty lecznicze 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.
- Oferuję termin płatności 60 dni od daty otrzymania faktury VAT.



Załącznik Nr 1
LAP.6150-U.03.....2018
FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY

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

a.

b.

c.

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *

* *niepotrzebne skreślić*