

**FORMULARZ OFERTA  
WYKONAWCY**

**na świadczenie usług transportu na rzecz osób dializowanych  
dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego  
im. Papieża Jana Pawła II.**

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki  
im. Papieża Jana Pawła II  
ul. Aleje Jana Pawła II 10  
22 – 400 Zamość

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na świadczenie usług transportu na rzecz osób dializowanych dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu,

1. oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia objętego zaproszeniem:

za cenę z podatkiem VAT: ..... zł.

słownie: .....

.....zł

zgodnie z przedstawioną ofertą cenową

2. Oświadczamy, że oferowany termin płatności wynosi 60 dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT.

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i przyjmujemy go bez zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

4. Oświadczamy, że zawarte w opisie przedmiotu zamówienia i projekcie postanowień umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)