

(miejsce, 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 (numer sprawy AG.6112.7.2018)

w zakresie zadania nr

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu, za łączną 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 wykonam przedmiot zamówienia w terminie od dnia otrzymania pisemnego zlecenia (wymagany przez Zamawiającego – max. 7 dni).
3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
4. Oferuję termin płatności dni od daty otrzymania faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 60 dni).
5. Oświadczam, że na oferowany przedmiot zamówienia udzielam lat pełnej gwarancji licząc od daty dostawy i montażu (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 3 lata w przypadku rolet i 5 lat w przypadku folii)
6. Oświadczam, że w okresie gwarancji będą wykonywane naprawy.

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