

(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 (numer sprawy AG.6112.14.2018) na **świadczenie usług reklamowych i informacyjnych:**

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 wykonam przedmiot zamówienia w terminie 24 miesiące licząc od daty zawarcia umowy .
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 – 30 dni).
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wymienionych w Zaproszeniu na świadczenie usług reklamowych i informacyjnych, przez administratora danych osobowych Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu 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 4 do niniejszego zaproszenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie poprawiania.
6. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:
 - a)
 - b)
 - c)

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