

**Samodzielny Publiczny Szpital
Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
tel. (084) 667 33 33
e-mail: szpital@szpital.zam.pl**

OFERTA WYKONAWCY Nr

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy *ADI.2110.44.2023*) na dostawę oprogramowania antywirusowego.

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 wykonam przedmiot zamówienia w terminie 21.10.2023 od dnia podpisania umowy.

2. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach wynikających z niniejszej oferty i według przedstawionego wzoru.

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

- a) aktualny odpis z właściwego rejestru (np. KRS) lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,
- b) pełnomocnictwo w oryginale bądź notarialnie poświadczony w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika.
- c) formularz oferty cenowej
- d) inne.....

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *

**niepotrzebne skreślić*