



Załącznik Nr 1
LAP.6150-U/10/...../2017
FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY
Zadanie I

.....
(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/10/...../2017) na dostawę :

„ preparatów dezynfekcyjnych „

- 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 12 października 2019 roku
- 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 preparaty dezynfekcyjne są dopuszczone do obrotu na terenie RP, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz posiadają termin ważności nie krótszy niż 12 miesięcy licząc od daty dostawy.
- Oferuję termin płatności 60 dni od daty otrzymania faktury VAT.



Załącznik Nr 1
LAP.6150-U/10/...../2017
FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY
Zadanie I

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

a.

b.

c.

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *

* *niepotrzebne skreślić*