

OFERTA WYKONAWCY

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa:.....

Siedziba(dokładny
adres):.....

Nr telefonu.....

Nr fax.....

Nr NIP.....

Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Samodzielny Publiczny Szpital

Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II

Adres: ul. Aleje Jana Pawła II 10, 22-400

Zamość

Nr telefonu: 84 6773333

Nr fax: 84 6386669

Nr NIP: 922-22-92-491

Zobowiązania Wykonawcy:

1.Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (nr sprawy: AG.6112.9.2015) na usługę przeglądu i serwisowania pogwarancyjnego kserokopiarek i urządzenia powielającego, w zakresie **zadania nr** oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

a) netto.....zł

(słownie.....)

b) stawka podatku VAT.....%

c) brutto.....zł

(słownie:))

2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

3.Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.

4.Oferuje termin płatności dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).

Załączniki:

- oferta cenowa
- aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem składania ofert
- pełnomocnictwo do podpisania oferty o ile prawo do podpisania oferty nie wynika z innych dokumentów złożonych wraz z ofertą

.....dnia.....2015r.

.....
/podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej/*