

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.6112.7.2015) na **świadczenie usług kurierskich**, oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia za cenę:

a) Netto.....zł
(słownie.....)

b) stawka podatku VAT.....%

c) brutto.....zł
(słownie.....)

2. Oferuję ubezpieczenie przesyłki o wartości: do 10000zł za kwotęzł netto
do 30000zł za kwotęzł netto
do 50000zł za kwotęzł netto
do 100000zł za kwotęzł netto.

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

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

5. Oferuję 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

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

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