

Formularz oferty Wykonawcy

.....
(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 (84) 638 66 69**

OFERTA WYKONAWCY

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy : AOT-IK.....z dnia:.....) na wykonanie testów specjalistycznych aparatury RTG

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu, za kwotę w wysokości :

a. netto: zł

(słownie:zł)

b. stawka podatku VAT %

c. brutto: zł

(słownie:zł)

2. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia w terminie : max 7 dni od daty otrzymania zamówienia

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

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

5. Oferuję termin płatności dni od daty otrzymania faktury VAT.

(minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni)

6. 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) Wymagania Zamawiającego dotyczące wykonania testów specjalistycznych aparatury rtg

e) Dokument uprawniający do wykonywania testów specjalistycznych wyszczególnionej aparatury rtg zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej.

f) Oświadczenie, że firma posiada ważne certyfikaty z kalibracji oprzyrządowania do wykonywania testów

.....
podpis osoby uprawnionej/upoważnionej