



Załącznik Nr 1  
LAP.6150-U.04. .2015  
FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

.....  
(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.04. .2015) na dostawę :

„ .....

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 zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty -do podpisania umowy wg załączonego wzoru.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
4. Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia na ..... miesięcy licząc od dnia dostawy.
5. Oferuję termin płatności ..... dni od daty otrzymania faktury VAT.



Załącznik Nr 1  
LAP.6150-U.04. .2015  
FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

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

a. ....

b. ....

c. ....

.....  
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej \*

\* *niepotrzebne skreślić*