

## 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.6112.10. .2016) na dostawę środków czystości dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu na okres 3 miesięcy, oferuję wykonanie całości 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. Oferuję termin płatności ..... dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).

### 5. Załączniki:

- oferta cenowa
- aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem składania ofert

.....dnia.....2016r.

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