

(miejsce, data)

.....
(pieczęć wykonawcy)

tel.:

e-mail:

**Samodzielny Publiczny
Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
e-mail: szpital@szpital.zam.pl**

OFERTA WYKONAWCY

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy AT.6112.5.2024) na **świadczenie usług dezynsekcji budynków:**

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

- netto: zł

(słownie: zł)

- stawka podatku VAT %

- brutto: zł

(słownie: zł)

1. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.
2. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia w terminie 24 miesiące licząc od daty zawarcia umowy .
3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
4. Oferuję termin płatności dni od daty otrzymania faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.
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)

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *
do reprezentowania Wykonawcy