

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.6112.16. .2015) na skład, korektę i wydrukowanie biuletynu informacyjnego w ilości 500 egzemplarzy, 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. Oferuje termin płatności dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 60 dni).

5. 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/*

* niepotrzebne skreślić