



Załącznik Nr 1  
LAP.6150-U/01/...../2016  
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/01/...../2016) 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 wykonam przedmiot zamówienia do dnia / w terminie ..... 201... roku \*
3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy \*.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
5. Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia na ..... miesięcy licząc od dnia dostawy \*.
6. Oferuję termin płatności ..... dni od daty otrzymania faktury VAT.



Załącznik Nr 1  
LAP.6150-U/01/...../2016  
FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

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

a. ....

b. ....

c. ....

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

\* *niepotrzebne skreślić*