

## 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.6112.7.2017) na **świadczenie usług kurierskich**, oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia za cenę:

a) Netto.....zł  
(słownie.....)

b) stawka podatku VAT.....%

c) brutto.....zł  
( słownie.....)

2. Oferuję ubezpieczenie przesyłki o wartości: do 10 000zł za kwotę .....zł netto  
do 30 000zł za kwotę .....zł netto  
do 50 000zł za kwotę .....zł netto  
do 100 000zł za kwotę .....zł netto.

3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

4.Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.

5.Oferuje termin płatności ..... dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).

Załączniki:

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

.....dnia.....2017r.

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