

(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 (numer sprawy AG.6112.8.2016) na świadczenie usług transportowych pojazdami specjalistycznymi medycznymi dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu, za 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 zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oferuję termin płatności dni od daty otrzymania faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 60 dni).
5. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:

a)

b)

c)

d)

e)

f)

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