

(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  
Zadanie.....**

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, w zakresie zadania nr ..... 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