



Załącznik Nr 1
LAP.6150-U/01/...../2017
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.....2017) 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/...../2017
FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

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

a.

b.

c.

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *

* *niepotrzebne skreślić*