

## 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: 84 677-32-85  
nr fax: 84 638-66-69  
nr NIP: 922-22-92-491

### Zobowiązania Wykonawcy:

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (nr sprawy: AG.6112.9.2019) na odbiór odpadów opakowaniowych, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami opisu, za łączną kwotę w wysokości:

..... zł

słownie: .....

*Podatek VAT rozlicza Wykonawca (art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy o podatku VAT)*

2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.
4. Oferuję termin płatności ..... dni licząc od daty otrzymania od Zamawiającego faktury VAT (maksymalny wymagany przez Zamawiającego - 30dni).
5. Zobowiązuję się do załadunku i transportu odpadów we własnym zakresie oraz do odbioru odpadów 1 raz w tygodniu w dniu wskazanym przez Zamawiającego.

### Załączniki:

1. oferta cenowa
2. aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert oraz decyzję dotyczącą zezwolenia na zbieranie odpadów.

..... dnia .....

.....  
podpis osoby upoważnionej/uprawnionej