

Dane teleadresowe Wykonawcy:

Formularz

.....
Imię i nazwisko, lub nazwa firmy,

.....
Adres

.....
numer telefonu, email

.....
Osoba kontaktowa

O F E R T A W Y K O N A W C Y
na dostawę zestawów do wykrywania antygenu wirusa Sars-Cov-2 dla Samodzielnego
Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.
DZP. 3320.84.20

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Aleje Jana Pawła II 10
22 – 400 Zamość

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na dostawę zestawów do wykrywania antygenu wirusa Sars-Cov-2 dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia objętego zaproszeniem za:

cenę z podatkiem VAT zł

słownie

zgodnie z przedstawioną ofertą cenową.

1. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i przyjmujemy ją bez zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
3. Oświadczam/y, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Składając niniejszą ofertę, zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy PZP informuję, że wybór oferty:

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki
Im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu
DZP 3320.84.20 formularz Oferta Wykonawcy

a) [] nie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowe po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć,

b) [] będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby rozliczyć – w następującym zakresie: (należy odpowiednio zaznaczyć punkt a) lub b).

5. Oferta została składa się z następujących oświadczeń, dokumentów i informacji:

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis osoby/ osób uprawnionych)