

## OFERTA

### Dane dotyczące Kupującego:

Nazwa:.....  
.....  
Siedziba(dokładny  
adres):.....  
.....  
.....  
Nr telefonu.....  
e-mail: .....  
NIP.....

### Dane dotyczące Sprzedającego:

Nazwa: Samodzielny Publiczny Szpital  
Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II  
Adres: ul. Aleje Jana Pawła II 10,  
22-400 Zamość  
  
Nr telefonu: 84 6773333  
e-mail: szpital@szpital.zam.pl  
NIP: 922-22-92-491

### Zobowiązania Kupującego:

1. Nawiązując do ogłoszenia o przetargu na sprzedaż tomografu komputerowego LightSpeed VCT, oferuję zakup tomografu komputerowego LightSpeed VCT za kwotę:

Lp.	Nazwa urządzenia	Ilość	Oferowana cena netto w zł	Stawka VAT %	Cena brutto w zł
1.	Tomograf komputerowy LightSpeed VCT	1			

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy.
- Oświadczam, że w przypadku uchylenia się od podpisania umowy (o ile moja oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą) w terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o wyborze oferty najkorzystniejszej, utracę na rzecz Szpitala wniesione wadium.
- Oświadczam, że znany jest mi stan techniczny zaoferowanego tomografu komputerowego LightSpeed VCT. Urządzenie jest niesprawne – do wymiany lampa rtg oraz konsola operatorska.

.....dnia.....

.....

*/podpis osoby uprawnionej lub  
upoważnionej/\**

*\* niepotrzebne skreślić*