

Numer sprawy: DP.1218.17.2025.MA

....., dnia

.....
(pieczęć wykonawcy)

tel.:

fax:

Nazwa Zamawiającego:
Samodzielny Publiczny
Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
e-mail: szpital@szpital.zam.pl

OFERTA WYKONAWCY
na przeprowadzenie szkolenia „Farmakoterapia w codziennej praktyce ratownika
medycznego”

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy DP.1218.17.2025.MA) na przeprowadzenie szkolenia „Farmakoterapia w codziennej praktyce ratownika medycznego”

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu,
za kwotę w wysokości netto: zł za jedną osobę.

(słownie: zł)

stawka podatku VAT %

brutto: zł za jedną osobę.

(słownie: zł)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy.
3. Oświadczam, że oferowana usługa spełnia wymagania określone przez Zamawiającego w Zaproszeniu do złożenia oferty.
4. Oferuję termin płatności 30 dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.
5. Oświadczam, że termin realizacji usługi to
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w Zaproszeniu do złożenia ofert naw celu przeprowadzenia postępowania i późniejszej jego realizacji. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej w załączniku nr 2 do niniejszego zaproszenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:

.....

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *
do reprezentowania Wykonawcy