

.....
miejscowość i data

.....
Wykonawca

***OFERTA dla Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu,
ul. Królewiecka 146***

I. Dane Wykonawcy :

1. Pełna nazwa :

.....

2. Osoba upoważniona do kontaktów :

3. Adres, województwo :

.....

4. Telefon/ faks

.....

5. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....

6. REGON NIP

7. KRS :

II. Przedmiot oferty

1. oferta dotyczy postępowania do 30.000 euro w trybie art.4 pkt.8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu na sprzedaż i dostawę Inkubatora Noworodkowego do Intensywnej Opieki Medycznej dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu

Zamówienie w kwocie :

a) nettozł

słownie :

- stawka podatku VAT:%

- kwota podatku VAT :zł

b) bruttozł

słownie

2. Warunki płatności / przelew/ :

- termin w dniach -..... dni (nie krótszy niż 30 dni)

- wysokość odsetek za ewentualne nieterminowe płatności - nie wyższe niż ustawowe w skali roku.

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zaproszeniu, w tym z kryteriami oceny ofert, wzorem umowy oraz że przyjmujemy je bez zastrzeżeń.

4. Termin realizacji dostawy: (nie dłuższy niż 9 tygodni od złożenia zamówienia)
..... dni roboczych .
5. Oferta została złożona łącznie na kolejnych..... stronach
(uwaga w numeracji proszę uwzględnić wszystkie załączone dokumenty)

.....
data i podpis Wykonawcy