****

**Warunki płatności / przelew/ :**

1. wysokość odsetek za ewentualne nieterminowe płatności - nie wyższe niż ustawowe w skali roku.
2. zapłata za urządzenienastąpi przelewem na konto Wykonawcy w terminie **............. dni kalendarzowych** ( co najmniej 30 dni) od daty dostarczenia urządzenia i faktury do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu, ul. Królewiecka 146 jako dzień zapłaty faktur przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
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 4 tygodnie ) od momentu złożenia zamówienia częściowego ……………………. .
5. Oferta została złożona łącznie na kolejnych................................... stronach

( uwaga w numeracji proszę uwzględnić wszystkie załączone dokumenty )

**UWAGA!**

**\* - niepotrzebne skreślić**

**- nie wpisanie terminu dostawy, w którym Wykonawca bierze udział spowoduje odrzucenie oferty w zakresie tego pakietu.**

...........................................

data i podpis Wykonawcy