****

**Warunki płatności / przelew/ :**

1. wysokość odsetek za ewentualne nieterminowe płatności - nie wyższe niż ustawowe w skali roku.
2. zapłata za przedmiot zamówienianastąpi przelewem na konto Wykonawcy w terminie **............. dni kalendarzowych** ( nie dłuższym niż 30 dni kalendarzowych) od daty dostarczenia przedmiotu zamówienia 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 14 dni roboczych od dnia 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