****

**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.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zaproszeniu, w tym z kryteriami oceny ofert oraz że przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
2. Termin realizacji dostawy: ( nie dłuższy niż 5 tygodni od momentu złożenia zamówienia) ……………………. .
3. Termin gwarancji…………………m-cy (nie krótszy niż 36 miesięcy) licząc od dnia odbioru końcowego i przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji.
4. 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**

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

data i podpis Wykonawcy