

/pieczęć Wykonawcy/

O F E R T A
dla
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Celestynowie
na

„.....”

1. Nazwa Wykonawcy
2. Siedziba Wykonawcy
3. NIP; REGON
4. Tel./fax
5. Oferujemy wykonanie zamówienia, którego przedmiot, zakres i rodzaj jest zgodny z zakresem opisanym w *zapytaniu ofertowym* z dnia r. zgodnie z tabelą:

<i>Numer zadania</i>	<i>Wartość netto oferty</i>	<i>Wartość VAT w zł</i>	<i>Wartość brutto oferty</i>
Wartość razem:			

Słownie wartość oferty brutto: PLN,

Słownie wartość VAT PLN

6. Cena brutto podana powyżej obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
7. Potwierdzam termin płatności (.....)
8. Potwierdzam termin realizacji zamówienia w ciągu
9. Okres gwarancji/ważności na przedmiot zamówienia wynosi
10. Oświadczamy, że zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
11. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami „*zapytania ofertowego*” i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
12. Załącznikami do oferty są:

.....
.....

..... dnia

.....
(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

