



DOA/0907/15/EW/2019

Oferta cenowa

w nawiązaniu do zapytania ofertowego dotyczącego usługi dostawy wyposażenia/sprzętu medycznego oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na dostawę.....

....., zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia za następującą cenę:

Netto: zł

słownie: zł

VAT: zł

słownie: zł

Brutto: zł

słownie: zł

1. Cena podana w ofercie obejmuje wszelkie koszty związane z powyższym zamówieniem, w tym dostarczenie wyposażenia/sprzętu medycznego.
2. Oświadczam, iż dysponuję uprawnieniami, licencjami, wiedzą, doświadczeniem, potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń;

- w razie dokonania wyboru mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym, w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego.

1. Oświadczam, że jestem/ nie jestem płatnikiem podatku VAT.
2. Termin wykonania przedmiotu zamówienia umowy: **11.12.2019**.
3. Termin związania ofertą: 30 dni

Osoby do kontaktów z Zamawiającym:

Szpital Psychiatryczny
SP ZOZ w Węgorzewie
11-600 Węgorzewo
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66
F: 87 427 27 85
E: kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl
W: www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13
WOTUW Giżycko 87 428 40 30
PZP Giżycko 87 429 13 98
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2015
Nr. 200623/A/0001/UK/Po



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

Osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialna za wykonanie zobowiązań umowy:

Imię i nazwisko:

tel.

e-mail:.....

podpis osoby upoważnionej: