



Załącznik Nr 1
LAP.6150-U/04/...../2018
FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY
Zadanie I /Zadanie II*

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć wykonawcy)

tel.:

fax:

**Samodzielny Publiczny
Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
fax. (084) 638 66 69**

OFERTA WYKONAWCY

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (pismo:
LAP.6150-U/04/...../2018) na dostawę :

**„pasków do oznaczania cukru we krwi wraz z kompatybilnymi aparatami i
płynami kontrolnymi„**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu, za kwotę w wysokości :
 - a. netto: zł
(słownie: zł)
 - b. stawka podatku VAT %
 - c. brutto: zł
(słownie: zł)
2. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia do dnia 31 października 2019 roku
3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że oferowane paski do oznaczania cukru we krwi, płyny kontrolne są dopuszczone do obrotu na terenie RP, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz posiadają termin ważności nie krótszy niż 12 miesięcy licząc od daty dostawy.
6. Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia przez cały okres trwania umowy.



Załącznik Nr 1
LAP.6150-U/04/...../2018
FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY
Zadanie I /Zadanie II*

7. Oferuję termin płatności 60 dni od daty otrzymania faktury VAT.
8. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:
- a.
 - b.
 - c.

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *

* *niepotrzebne skreślić*