

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

Dane dotyczące Wykonawcy :

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu /faksu

Nr NIP

Nr REGON

e-mail:

Dane dotyczące Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie

ul. Mickiewicza 168 , 37-600 Lubaczów

NIP : 793-14-00-573

Zobowiązania Wykonawcy

1. Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia dostawa odczynników do badań immunohematologicznych

Cena netto

(słownie)

podatek VAT

cena brutto

(Słownie)

wyliczona na podstawie formularza cenowego

2. Oświadczam , że :

2.1. cena brutto zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia , jakie ponosi Wykonawca w przypadku wyboru niniejszej oferty .

2.2. zapoznaliśmy się ogłoszeniem i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.

2.3.w przypadku udzielenia zamówienia , zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego

2.4. jestem związany z ofertą przez okres 30 dni od daty terminu składania ofert.

2.5. Akceptujemy termin realizacji zamówienia

2.6. Podana w ofercie cena nie ulegnie zmianie.

Podpis i pieczęć uprawnionego

przedstawiciela wykonawcy

Miejscowość, data