

FORMULARZ OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. dr J. Bednarza z siedzibą przy ul. Sądowej 18, 86-100 Świecie, NIP 559-16-99-097

OSOBA DO KONTAKTU:

Mikołaj Różański

e-mail: informatycy@szpital-psychiatryczny.swiecie.pl

tel.: 52 33 08 305, 52 33 08 354

OFERTA

WYKONAWCA:

Nazwa firmy (Wykonawcy):.....

Właściciel :

Adres Wykonawcy:.....

Powiat:.....

Województwo:.....

NIP/REGON.....

Numer telefonu:.....e-mail.....

1. Składam niniejszą ofertę, oferując wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym na następujących warunkach:

Cena brutto: (słownie złotych)

Termin realizacji dostawy

2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz zdobyłem informacje niezbędne do właściwego wykonania przedmiotu zamówienia.

3. Oferuję realizację zamówienia w sposób, który został opisany w Zapytaniu ofertowym.

4. Oświadczam, że:

a) posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotowego zamówienia,

b) dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ekonomicznym i technicznym niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia.

Oświadczam/my, że zgodnie z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) jestem w pełni świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania niniejszego zamówienia.

..... dnia

(miejsce) (data)

.....

(podpis)