|  |
| --- |
| **TREŚĆ OFERTY** |

Wykonawca:

**………………………………………………………**

**………………………………………………………**

składa ofertę na:

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia: | **Zakup sprzętu medycznego w ramach projektu pt. Poprawa dostępności osób niepełnosprawnych do publicznej opieki ginekologiczno-położniczej w Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach dofinansowanego ze środków PFRON w ramach programu „Dostępna przestrzeń publiczna”** |
| Pełna nazwa Wykonawcy: |  |
| Adres Wykonawcy: | …………………………………………………………………………… |
| NIP: | ………………………………………………………………………….. |
| Regon: | ………………………………………………………………………….. |
| Telefon, fax., e-mail: | ………………………………………………………………………….. |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym: | ………………………………………………………………………….. |
| Nr rachunku bankowego: | ………………………………………………………………………….. |
| Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za: | **Część I – 1 szt**.Cena netto: ……………………………………………………….(słownie złotych) ……………………………………………..…………………………………………………………………………..VAT % ……………………………………………………………….Cena brutto: ……………………………………………………..(słownie złotych)……………………………………………….………………………………………………………………………….**Część II – 2 szt.** Cena netto: ……………………………………………………….(słownie złotych) ……………………………………………..…………………………………………………………………………..VAT % ……………………………………………………………….Cena brutto: ……………………………………………………..(słownie złotych)……………………………………………….………………………………………………………………………….**Część III– 2 szt.**Cena netto: ……………………………………………………….(słownie złotych) ……………………………………………..…………………………………………………………………………..VAT % ……………………………………………………………….Cena brutto: ……………………………………………………..(słownie złotych)……………………………………………….…………………………………………………………………………**Część IV– 2 szt.**Cena netto: ……………………………………………………….(słownie złotych) ……………………………………………..…………………………………………………………………………..VAT % ……………………………………………………………….Cena brutto: ……………………………………………………..(słownie złotych)……………………………………………….………………………………………………………………………… |
| Termin realizacji zamówienia: | ………………………………………………………………………….. |
| Okres gwarancji: | ………………………………………………………………………….. |
| Potwierdzam termin realizacji zamówienia do dnia: | ………………………………………………………………………….. |
| Kryteria dodatkowe (jeżeli dotyczy) | ………………………………………………………………………… |
| Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym  | * TAK
* NIE
 |
| Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń | * TAK
 |
| **Przystępując do postępowania Wykonawca akceptuje warunki opisane w zapytaniu cenowym oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego** |
| …………………………………………………… | …………………………………………………… |
| (Data i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej) | (pieczątka Wykonawcy) |