/miejscowość, data/

/pieczątka firmowa/

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Sprzedający:**

**Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny**

**Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej**

**ul. Szpitalna 13,**

**41-300 Dąbrowa Górnicza**

**KRS: 0000054321 NIP 629-21-15-781 REGON 000310077**

1. **Nazwa i adres Oferenta:**

............................................................................................................................................................

/nazwa/

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

/siedziba: miejscowość, kod, adres/

NIP......................................................................................................................................................

REGON..............................................................................................................................................

KRS....................................................................................................................................................

Tel/fax………………………………………………………………………………………………

e-mail………………………………………………………………………………………………

1. Ja niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z warunkami postępowania przetargowego określonymi w ogłoszeniu pt. „Pisemny przetarg na sprzedaż aparatury medycznej będącej własnością Szpitala” oraz treścią wzoru umowy.
2. Akceptując warunki udziału w postępowaniu oraz stan techniczny aparatury medycznej, składam ofertę zakupu na łączną kwotę .…......………………………..… zł netto.

(słownie:………………………………………………………………………………………..)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa Urządzenia** | **Cena wywoławcza netto, [zł]** | **Proponowana cena zakupu /nabycia**  **netto [zł]** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

1. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej pod względem oferowanej ceny zobowiązuję się podpisać umowę kupna-sprzedaży w terminie 3dni roboczych od daty ogłoszenia wyników przetargu.
2. Po podpisaniu umowy zobowiązuje się zapłacić cenę nabycia w terminie 7 dni roboczych od daty podpisania umowy kupna–sprzedaży, na podstawie wystawionej przez Sprzedającego faktury, płacąc przelewem na rachunek bankowy Sprzedającego wskazany w treści faktury.
3. Zobowiązuje się do odebrania zakupionej aparatury medycznej w terminie 3 dni roboczych od daty dokonania zapłaty za przedmiot umowy.

...........…...........................................................................

podpis oferenta

lub osób uprawnionych do występowania w jego imieniu