

OFERTA

na meble do Poradni Dzieci Chorych: gabinetów lekarskich, izolatki, pralni
zgodna z wymaganiami zawartymi
w zapytaniu ofertowym 14/ZO/2020 z dnia 29.12.2020 r.

1. Nazwa Wykonawcy
2. Siedziba Wykonawcy
3. NIP:; REGON
4. Telefon/Faks.....; e-mail:
5. Wartość oferty:
brutto:PLN
(słownie:)
w tym podatek VAT%PLN
(słownie:)
netto:
(słownie:)
6. Proponowane warunki płatności: 14 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.
7. Termin realizacji zamówienia: termin ustawienia mebli – sukcesywnie do dnia 30.03.2021 r. po uzgodnieniu z Zamawiającym, w pierwszej kolejności wyposażenie pralni.
8. Osoba do kontaktu ze strony Wykonawcy przy realizacji przedmiotu zamówienia to
9. Oświadczam/y, że spełniam/y warunki określone w niniejszym zapytaniu ofertowym, posiadam/y doświadczenie oraz dysponuję/emy osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.
10. Oświadczam/y, że akceptuję/emy 30-dniowy termin związania ofertą.
11. Oświadczam, że zapoznałam/em/liśmy się z zapytaniem ofertowym i uznaję się za związanym w jej postanowieniach i zasadami postępowania.

Oświadczam/y, że wyrażam/y zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych zawartych w przedłożonych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji zapytania ogłoszonego przez Miejski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kobyłce.

....., dnia

.....
(podpis osoby/osób uprawnionej/ych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)