**FORMULARZ OFERTY**

**Dane Wykonawcy: ……………………………………………………………………………**

**Nazwa: …………………………………………………………………………………………**

**Siedziba: ………………………………………………………………………………………**

**Numer telefonu: …………… adres poczty elektronicznej: …………………………………**

**Numer NIP ………………………… Numer REGON ………………………………………**

**Bank i numer konta …………………………………………………………………………**

**Osoba do kontaktu z Zamawiającym, nr telefonu:**

**………………………………………………………………………………………………………**

Nawiązując do Zapytania Ofertowego, opublikowanym na stronie internetowej Zamawiającego, składamy ofertę **na wykonywanie testów specjalistycznych aparatów rentgenowskich, gama kamer oraz monitorów dla Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej** zgodnie z wymaganiami określonymi w treści zapytania ofertowego:

Oferujemy wykonanie usługi w okresie 36 miesięcy od dnia podpisania umowy za kwotę

Brutto …………… w tym VAT ……%, Słownie:…………………………………………………

Zgodnie z wyliczeniami szczegółowymi zawartymi w Załączniku nr 1 do niniejszego Formularza.

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Zapytania Ofertowego, akceptujemy je w całości i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
2. Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z projektem umowy stanowiącym integralną część Zapytania Ofertowego, zgodnie z cenami wynikającymi z formularzy cenowych załączonych do oferty.
3. Akceptujemy termin płatności **60 dni** od dnia doręczenia faktury Zamawiającemu.
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni od dnia upływu składania ofert.
5. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

*…………………………………………………………*

*/Podpis uprawnionego przedstawiciela Oferenta/*