

### FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY

#### Dane Wykonawcy:

Nazwa:.....  
Siedziba:.....  
Numer telefonu Wykonawcy:.....  
Adres poczty elektronicznej:.....  
Numer NIP..... Numer REGON.....  
Bank i numer konta:.....  
Osoba do kontaktu z Zamawiającym, nr telefonu:.....

#### OFERTA

Nawiązując do zapytania ofertowego na dostawę usługi przeglądu i legalizacji wag opisanych w tabeli poniżej na rzecz Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka- Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu składam/y następującą ofertę cenową:

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	j.m.	Ilość szt.	Cena j. netto	VAT %	Cena j. brutto	Wartość netto	Wartość brutto
1	legalizacja wag w łóżku Eleganza3XC	szt.	10					
2	legalizacja wag w łóżku Trend 2C	szt.	57					
3	legalizacja wag krzeselkowych Seca 956	szt.	14					
4	legalizacja wag niemowlęcych Seca 834	szt.	9					
5	legalizacja wag niemowlęcych Seca 336	szt.	7					
6	legalizacja wag stojących Seca 799	szt.	30					
							<b>Razem:</b>	

Słownie złotych:

#### Oświadczam, że:

- 1) wyrażam zgodę na płatność za fakturę w terminie 60 dni,
- 2) zamówienie realizowane będzie na warunkach określonych we wzorze umowy dostawy usługi,
- 3) uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni.

Oświadczam, że wszystkie załączniki stanowią integralną część niniejszej oferty.

Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam/y, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert ( art. 297 ustawy kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r. / Dz. U. nr 88, poz. 553 z póź. zmianami /.

Załącznikami do niniejszej oferty jest - Wyciąg z rejestru działalności gospodarczej lub KRS.

.....  
(podpis pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo

Zastępca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno-Exploatacyjnych  
*mgr Tomasz Dymyt*