

# FORMULARZ OFERTY

(pieczęć adresowa Oferenta)

Regon.....

NIP.....

## Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Czchowie

I. Nawiązując do ogłoszonego „przetargu nieograniczonego” na dostawę:

„Produkty farmaceutyczne- leki”

oferujemy wykonanie dostawy objętej zamówieniem;

### Produkty farmaceutyczne - leki

**za cenę : netto ..... zł, podatek VAT w wysokości .....zł,**

**wartość brutto wynosi ..... zł**

(słownie: .....)

.....zł).

### II.WARUNKI ROZLICZANIA:

- 1.Forma płatności – przelew.
- 2.Termin płatności będzie wynosił do **30 dni** , od dnia otrzymania faktury VAT.
- 3.Cena określona w ofercie nie ulegnie zmianie przez okres trwania umowy.
- 4.Za nieterminowe płatności mogą być naliczane odsetki w wysokości nie większej niż ustawowe.

**III.1.** Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą na okres 30 dni.

2. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia określony w specyfikacji spełnia wszystkie wymagania.
- 3.Oświadczamy, że wymienione w niniejszej dokumentacji warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy z uwzględnieniem tych warunków w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
4. Osobą do kontaktu po stronie Oferenta jest .....

Data .....

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta).

