



..... dnia ..... r.

## OFERTA

1. **Dane oferenta:**

Nazwa / Imię i nazwisko .....

Adres .....

NIP, REGON / PESEL .....

Tel./fax. ....

E-mail .....

2. W odniesieniu do ogłoszenia z dnia ..... przystępuję(-my) do pisemnego nieograniczonego przetargu ofertowego na sprzedaż używanych urządzeń i aparatury diagnostycznej Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu.

3. W związku z powyższym składam(-y) ofertę na zakup składników oraz urządzeń wymienionych jak niżej za kwotę w wysokości: .....zł.

.....  
(kwota słownie w zł brutto)

[www.wszp.pl](http://www.wszp.pl)

ul. Monte Cassino 18, 37-700 Przemyśl  
tel./centrala: 166775000  
tel./sekretariat: 166775001, 166775002  
fax: 166775003  
e-mail: sekretariat@wszp.pl

NIP: 795-20-66-984  
REGON: 000314684, KRS: 0000057487  
RPWDL: W-18 000000010152  
Nazwa banku i nr konta:  
BGK Warszawa 39 1130 1105 0005 2041 9720 0003



## Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu

LP	Asortyment / Nazwa typ	Ilość	Rok przyjęcia do ewidencji	Jednostkowa cena zakupu w zł (brutto)	Proponowana Wartość zakupu w zł (brutto)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
				<b>RAZEM</b>	

- Oświadczam(-y), że oferowana cena uwzględnia wszystkie koszty związane przedmiotowym zakupem.
- Oświadczam(-y), że zapoznałem/zapoznaliśmy się z treścią Regulaminu (*postępowania przetargowego dotyczącego sprzedaży aktywów trwałych lub ich składników Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu*), umieszczonego na stronie internetowej Szpitala.
- Oświadczam, że zapoznałem/zapoznaliśmy się ze stanem technicznym sprzętu medycznego, maszyn oraz urządzeń technicznych wystawionych przez Sprzedającego do sprzedaży i nie wnoszę/wnosimy żadnych uwag i zastrzeżeń.
- Oświadczam(-y), że spełniam(-y) warunki związane z udziałem w pisemnym nieograniczonym postępowaniu przetargowym.
- W razie wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/zobowiązujemy się do podpisania

[www.wszp.pl](http://www.wszp.pl)

ul. Monte Cassino 18, 37-700 Przemyśl  
tel./centrala: 166775000  
tel./sekretariat: 166775001, 166775002  
fax: 166775003  
e-mail: sekretariat@wszp.pl

NIP: 795-20-66-984  
REGON: 000314684, KRS: 0000057487  
RPWDL: W-18 000000010152  
Nazwa banku i nr konta:  
BGK Warszawa 39 1130 1105 0005 2041 9720 0003



## Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu

umowy w miejscu i terminie określonym przez Sprzedającego.

9. Akceptuję(-my) termin zapłaty związany z realizacją przedmiotu oferty wg zapisów projektu umowy.
10. Osobami, które mogą występować i składać oświadczenia woli w imieniu podmiotu składającego ofertę są:
  1. ....
  2. ....
11. Integralną częścią złożonej oferty jako załączniki, stanowią następujące dokumenty:
  - zał. nr 1) .....
  - zał. nr 2) .....
12. Wyrażam(-y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania przetargowego, w tym również zamieszczenia tych danych na stronie internetowej Szpitala.

.....  
*Data, pieczęćka i podpis Oferenta  
lub upoważnionego przedstawiciela*

[www.wszp.pl](http://www.wszp.pl)

ul. Monte Cassino 18, 37-700 Przemyśl  
tel./centrala: 166775000  
tel./sekretariat: 166775001, 166775002  
fax: 166775003  
e-mail: sekretariat@wszp.pl

NIP: 795-20-66-984  
REGON: 000314684, KRS: 0000057487  
RPWDL: W-18 000000010152  
Nazwa banku i nr konta:  
BGK Warszawa 39 1130 1105 0005 2041 9720 0003