



..... 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)

LP	Asortyment / Nazwa typ	Ilość	Rok przyjęcia do ewidencji	Jednostkowa cena zakupu w zł (brutto)	Proponowana Wartość zakupu w zł (brutto)
1.					
RAZEM					

4. Oświadczam(-y), że oferowana cena uwzględnia wszystkie koszty związane przedmiotowym zakupem.

www.wszp.pl



Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu

5. 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.
6. 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.
7. Oświadczam(-y), że spełniam(-y) warunki związane z udziałem w pisemnym nieograniczonym postępowaniu przetargowym.
8. W razie wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/zobowiązujemy się do podpisania 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, pieczęć i podpis Oferenta
lub upoważnionego przedstawiciela*

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