



..... 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 środków trwałych i wyposażenia Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu.
3. W związku z powyższym składam(-y) ofertę na zakup sprzętu medycznego, maszyn oraz urządzeń wymienionych jak niżej za kwotę w wysokości:

Lp.	Asortyment / Nazwa i typ	Ilość sztuk	Rok zakupu (przyjęcia do ewidencji)	Jednostkowa cena zakupu w zł (brutto)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
			RAZEM	

4. Oświadczam(-y), że oferowana cena uwzględnia wszystkie koszty związane przedmiotowym zakupem.
5. Oświadczam(-y), że zapoznałem/zapoznaliśmy się z treścią Regulaminu *postępowania przetargowego dotyczącego sprzedaży aktywów trwałych lub ich składników*

www.wszp.pl



Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu

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 (*zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.*).

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

www.wszp.pl

ul. Monte Cassino 18, 37-700 Przemyśl
tel./centrala: (16) 677-50-00
tel./sekretariat: (16) 677-50-01, (16) 677-50-02
fax: (16) 677-50-03
e-mail: sekretariat@wszp.pl

NIP: 795-20-66-984
REGON: 000314684, KRS: 0000057847
RPDL W-18 000000010152
Nazwa Banku i nr konta:
Podkarpacki Bank Spółdzielczy 07 8642 1155 2015 1500 5283 0001