

Nr sprawy ZP 20/2010

Data

OFERTA

(wzór)

na

„Dostawę leków - programy lekowe, interferon beta 1 b”

Nazwa

Wykonawcy

Adres Wykonawcy

ul. kod- miejscowość

województwo..... powiat.....

Nr telefonu

Nr faksu

NUMER NIP NUMER REGON

Nr rachunku bankowego

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym – znak ZP 20/2010 opublikowanego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nr z dnia r. na

„Dostawę leków- programy lekowe, interferon beta 1 b”
oferujemy wykonanie następujących części zamówienia za kwotę:

GRUPA 1:

1. wartość netto (słownie:),
2. wartość podatku VAT (słownie:),
3. wartość brutto (słownie:),
4. termin płatności przelew (min. 30 dni)

GRUPA 2:

1. wartość netto (słownie:),
2. wartość podatku VAT (słownie:),
3. wartość brutto (słownie:),
4. termin płatności przelew (min. 30 dni)

W załączeniu przedstawiamy wykaz oferowanych grup wraz z podaniem cen jednostkowych oraz ich wartości netto, brutto oraz wartości podatku VAT w formie tabelarycznej zgodnie z tabelą zamieszczoną w załączniku nr 4 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany w SIWZ.
3. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

