SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI
sp. z o.o.

CERTYFIKAT 2015/22

CERTYFIKACJA SYSTEMU JAKOŚCI DNV·GL ISO 9001

CERTYFIKACJA SYSTEMU ŚRODOWISKOWEGO DNV·GL ISO 14001

CERTYFIKACJA SYSTEMU BEZPIECZEŃSTWA DNV·GL PN-N-18001

SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI
sp. z o.o.

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100

FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY W SĄDZIE REJONOWYM KATOWICE - WSCHÓD W KATOWICACH WYDZIAŁ VIII GOSPODARCZY KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO POD NUMEREM 0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY 68 347 000,00 ZŁ

Załącznik nr 1

……
(pieczęć firmowa)

Formularz oferty

Nazwa Oferenta:

……

Adres: ……

Regon: …… NIP: ……

telefon:……fax: ……

e–mail……

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na **„dostawę i montaż nowego agregatu wody lodowej wraz z przeglądami serwisowo- -konserwacyjnymi dla potrzeb zapewnienia prawidłowego chłodzenia układów Rezonansu Magnetycznego"** oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Zaproszeniu i jego załącznikach w kwocie:

W zakresie dostawy i montażu urządzenia wraz z pracami dostosowawczymi i wymaganymi pomiarami:

netto…….....słownie ……
VAT ..... słownie
brutto……..…..słownie……

W zakresie zapewnienia przeglądów gwarancyjnych:

netto…….....słownie ……
VAT ..... słownie
brutto……..…..słownie……

Łączna wartość za realizacje przedmiotu zamówienia wynosi: ……...zł brutto

Okres gwarancji: Udzielamy ..... miesięcznej gwarancji na bezusterkowe działanie przedmiotu zamówienia, licząc od dnia prawidłowej realizacji przedmiotu umowy, potwierdzonej protokołem wykonania przedmiotu umowy.

Oświadczamy, że:

1.Zobowiązujemy się do realizacji przedmiotu zamówienia w terminie wskazanym w zaproszeniu i w umowie.

2. Akceptujemy termin płatności tj. 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT

2.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zaproszeniem oraz jego załącznikami i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
3.Oświadczamy, że uważamy się za związanych z niniejszą ofertą na czas wskazany w zaproszeniu tj. przez okres 60 dni, licząc od terminu składania ofert.
4.W przypadku wybrania naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy, której wzór stanowi załącznik do zaproszenia w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

Data: .....

.....
(podpis i pieczątka osoby upoważnionej)

SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI
sp. z o.o.

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4130 100

FAX (32) 4130 112

www.szpital.sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY
W SĄDZIE REJONOWYM
KATOWICE - WSCHÓD
W KATOWICACH
WYDZIAŁ VIII GOSPODARCZY
KRAJOWEGO REJESTRU
SĄDOWEGO POD NUMEREM
0000476320

KAPITAŁ ZAKŁADOWY
68 347 000,00 ZŁ