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

OSNOWIECKI 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 72 847 000, 00

.....
(pieczęć firmowa)

Formularz oferty

Nazwa Oferenta: .....

Adres: .....

Regon: ..... NIP: .....

telefon:.....fax: .....

e–mail.....

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na "**Dostosowanie (remont) pomieszczenia magazynu odpadów medycznych do wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 05.10.2017 r. "** oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w zaproszeniu w łącznej kwocie:

Netto……. ……...słownie……
Podatek VAT……...słownie……
Brutto……...słownie……

Okres gwarancji wynosi 60 miesięcy licząc od dnia zakończenia przez Zamawiającego czynności odbioru końcowego i przejęcia przedmiotu odbioru do uzytkowania.

Oświadczamy, że:

1.Zobowiązujemy się do realizacji przedmiotu zamówienia w terminach wskazanych w zaproszeniu we wskazanej lokalizacji przy ul. Szpitalnej 1.

2.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zaproszeniem oraz jego załącznikiem i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.

3.Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w zaproszeniu tj. przez okres 60 dni, licząc od terminu składania ofert.

Data: .....

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