**Załącznik nr 3**

**1.1 FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa oferenta: |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adres oferenta: | Ulica: | | Nr: |
| Kod pocztowy: | | Miejscowość: |
| Nr telefonu: | | Fax: |
| e-mail: | | |
| REGON: | | NIP: | |
| Bank: | | Nr konta: | |

**I. Przedmiot zamówienia (**zgodnie ztabelą ze szczegółowym opisem urządzeń i aparatury medycznej**)**

netto : (cena łączna oferowanych zadań).zł słownie:.............................................................. ...................

brutto : ....................................................zł słownie:.............................................................. ...................

1. Termin wykonania zamówienia: 12 miesięcy od daty podpisania umowy/zlecenia
2. Gwarantujemy, że ceny netto, podane w załączniku nr 1do specyfikacji, nie zostaną podwyższone przez okres trwania umowy.
3. Termin płatności: 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury.
4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w oparciu o przedstawiony przez Zamawiającego „wzór umowy”
6. Imię, nazwisko oraz numer telefonu osoby upoważnionej do kontaktu z Zamawiającym w sprawach związanych z postępowaniem przetargowym …………………………………….
7. W przypadku wyboru naszej oferty, umowę podpisze: ………………………………………..
8. Imię, nazwisko oraz numer telefonu osoby upoważnionej do kontaktu z Zamawiającym w sprawach związanych z realizacją umowy zawartej w wyniku niniejszego postępowania ………………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania Wykonawcy

\*/ niepotrzebne skreślić