*Załącznik nr 2*

*do ogłoszenia z dnia 12.09.2022 r.*

*na sprzedaż używanego angiografu cyfrowego*

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Kupujący: | Sprzedający: |
| …………………………………………................  ................................................................................  imię, nazwisko lub nazwa | SP ZOZ MSWiA w Łodzi |
| ………………………………………….  …………………………………….……  adres zamieszkania lub siedziba | 91-425 Łódź  Ul. Północna 42 |
| NIP: | NIP: 726-00-04-820 |
| REGON: | REGON: 470805076 |
| Tel. kontaktowy: | Tel. kontaktowy: 42-634-12-39 |
| e-mail: | e-mail: aparatura.medyczna@zozmswlodz.pl |

W związku z ogłoszonym zapytaniem ofertowym na sprzedaż wycofanego z eksploatacji sprzętu oferujemy następujące ceny zakupu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa sprzętu | Nr inwentarzowy | Cena oferowana brutto [zł] |
| 1. | Angiograf cyfrowy z ramieniem C ALLURA XPER Fd 20 | 41-2723 001273 |  |

OŚWIADCZENIA:

1. Zapoznałem się z treścią wzoru umowy.
2. Akceptuję warunki zapytania ofertowego i stan techniczny sprzętu.
3. W przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej pod względem oferowanej ceny zobowiązuję się podpisać umowę sprzedaży w terminie 7 dni roboczych od daty ogłoszenia wyników postępowania.
4. Po podpisaniu umowy zobowiązuję się zapłacić cenę nabycia w terminie 14 dni od daty podpisania umowy sprzedaży, płacąc przelewem na konto bankowe Szpitala na podstawie wystawionej przez Sprzedającego faktury.