

.....  
imię i nazwisko / nazwa oferenta

.....  
adres i nr telefonu

**NIP** .....

**Samodzielny Publiczny Wojewódzki  
Szpital Zespolony  
ul. Arkońska 4  
71-455 Szczecin**

### **OFERTA**

na zakup .....

Oferent: .....

.....  
Niniejszym oferuję cenę w wysokości ..... PLN

(słownie: .....  
.....)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem przetargu i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem przetargu, stanem technicznym i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że w przypadku wygrania przetargu zobowiązuję się do zapłacenia należności w terminie 7 dni od dnia rozstrzygnięcia przetargu.
4. Oświadczam, że pozostaję związany ofertą przez okres 14 dni od dnia jej złożenia.
5. W przypadku zwrotu wadium proszę przelać kwotę wadium na rachunek bankowy o numerze:.....  
.....

..... dnia .....

.....  
podpis Oferenta