

.....  
miejsowość i data

.....  
imię i nazwisko lub nazwa firmy

.....  
adres zamieszkania bądź siedziby

.....  
seria i nr dowodu osobistego lub nr NIP

.....  
telefon kontaktowy

.....  
e-mail

**Samodzielny Publiczny**  
**Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy**  
Plac im. dr. Zygmunta Brodowicza 1  
16-070 Choroszcz

### FORMULARZ OFERTOWY

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

1. zapoznałem się z warunkami postępowania określonymi w Ogłoszeniu o przetargu na sprzedaż aktywów trwałych, Specyfikacji istotnych warunków sprzedaży oraz z treścią wzoru umowy;
2. akceptuję warunki udziału w postępowaniu;
3. znany jest mi stan techniczny nabywanego aktywa, który przyjmuje bez zastrzeżeń, a także że biorę pełną odpowiedzialność za skutki wynikające z rezygnacji z oględzin nabywanego sprzętu.

.....  
(data i podpis Oferenta)

Niniejszym składam ofertę na zakup:

aktywa: .....numer seryjny.....,

za kwotę ..... zł brutto, słownie: .....

.....  
(data i podpis Oferenta)