

.....
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:pozycja w tabeli,

za kwotę zł brutto, słownie:

.....
(data i podpis Oferenta)