

.....
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
Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej
im. dr Stanisława Deresza w Choroszczy
pl. 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 inwentarzowy

za kwotę zł brutto, słownie:

Wyrażam zgodę na doręczanie przez komisję przetargową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE.

.....
(data i podpis Oferenta)