

**ZZOZ/TT/ 397/2019**

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
w Wadowicach  
34-100 Wadowice, ul. Karmelička 5  
(033) 872-12-00, 872-13-00, tel./fax 823-22-30  
1551-24-24-676, Nipon 000306425

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ r.

## FORMULARZ OFERTY

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
w Wadowicach  
ul. Karmelička 5  
34-100 Wadowice

Pełna nazwa Ofereńta	
REGON	
NIP	
Adres tel.	

Przedmiotem oferty jest nabycie :

..... w ilości .....  
(nazwa sprzętu, nr inwentarzowy) (ilość sztuk)

proponowana cena przez oferenta: ..... (brutto)

1. Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję bez zastrzeżeń treść ogłoszenia, Opis Szczegółowych Warunków Przetargu oraz projekt umowy określonego w przetargu na sprzedaż mienia.

2. Oświadczam, że jest mi znany stan techniczny nabywanego / nabywanych urządzeń i przyjmuje je bez zastrzeżeń.

.....  
(podpis oferenta lub występujących  
w jego imieniu)

Wykaz załączników do oferty:

- 1) aktualny odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej - dotyczy wyłącznie osób prowadzących działalność gospodarczą (wystawioną nie później niż 3 miesiące przed terminem składania oferty)
- 2) kopia dowodu wniesienia wadium.