Numer sprawy: **A.I.271-17/20** *Załącznik nr 1 do ogłoszenia przetargowego*

 Sprzedający:

**Małopolski Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka**

Al. Modrzewiowa 22, 30-224 Kraków

FORMULARZ OFERTY

**Nazwa (firma) Kupującego:** ..................................…………........................................................................…

**Adres Kupującego (ulica, kod pocztowy, miejscowość):** ...............................................................................

................................................................................................................................................................

powiat ................................................ województwo ..........................................

Regon ............................................ NIP ..........................................................

e-mail .............................@ .............. Internet: .......................................................

Telefon: ........................................ Fax: .........................................................

Składając ofertę na zakup używanego **sprzętu medycznego** zobowiązuję się do zakupu przedmiotu przetargu zgodnie z poniższymi warunkami:

1. **Oferuję:**

Zakup sprzętu (aparatury medycznej) wskazanego w pozycji nr …… załącznika nr 4 w cenie netto: ……………..…zł., (słownie:……………………………………………………); stawka VAT…………

Cena brutto……………………………………(słownie…………………………..……………………..)

1. Warunki płatności: zgodnie ze wzorem umowy stanowiącym załącznik do Ogłoszenia przetargowego.
2. Oświadczamy, że wzór umowy, stanowiący załącznik do Ogłoszenia przetargowego został przez nas zaakceptowany. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Sprzedającego.
3. **Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.**
4. **Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem określającym zasady zbycia, oddania w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotne.**
5. **Osobą/ami upoważnioną/ymi do podpisania umowy w przedmiotowym postępowaniu jest/są:** ……………………………………………………………………………………………..……………

…………………………………………………

*Podpis osoby(osób) upoważnionej do*

*reprezentowania Oferenta*