D/ZP/381/44/AAD/2016

Załącznik nr 1

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA dla**

**Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**ul. Ceglana 35, 40-514 Katowice**

Nazwa wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON .................................................. NIP .......................................................................

Tel. ....................................................... fax ........................................................................

Internet ................................................ e-mail ...................................................................

Osoba do kontaktów .......................................................................................................

Ubiegając się o zamówienie publiczne na dostawę **mebli medycznych** oferuję realizację części 1 zamówienia (4 łóżka sterowane elektrycznie) za następującą cenę:

cena netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena ofertowa brutto: ........................... zł

(słownie:.......................................................................................................................)

Termin realizacji zamówienia – 14 dni od daty podpisania umowy

Ubiegając się o zamówienie publiczne na dostawę **mebli medycznych** oferuję realizację części 2 zamówienia (pozostałe meble medyczne) za następującą cenę:

cena netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena ofertowa brutto: ........................... zł

(słownie:.......................................................................................................................)

Termin realizacji zamówienia 42 dni od daty podpisania umowy.

Oferowane meble medyczne spełniają wszystkie wymagane warunki i posiadają wymagane parametry techniczne określone w Zaproszeniu do składania ofert.

- Załącznikami do niniejszej oferty są *(wymienić wszystkie załączniki)* :

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

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

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/

osób uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy