

Oferta Wykonawcy

Nazwa Wykonawcy:

Osoba upoważniona do reprezentowania Wykonawcy:

Adres Siedziby:

Adres do korespondencji Wykonawcy:

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

Dane Zamawiającego:

Osoba upoważniona do reprezentowania Wykonawcy:

Adres Siedziby:

Adres do korespondencji Wykonawcy:

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

SP ZOZ w Konstantynowie Łódzkim

Sławomir Jabłoński - Dyrektor

95-050 Konstantynów Łódzki,

ul. Sadowa 10

95-050 Konstantynów Łódzki,

ul. Sadowa 10

sekretariat@spzoz.konstantynow.pl

42 231 50 55

1. Przystępując do udziału w postępowaniu realizowanym w trybie Zapytania ofertowego na kompleksowy remont dwóch pomieszczeń i malowanie 5 pomieszczeń przychodni POZ, oferujemy wykonanie zamówienia na zasadach i warunkach w nim określonych.

Cena oferowana netto zamówienia:

Stawka podatku VAT:

Kwota podatku VAT:

Cena ofertowa brutto:

2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz akceptujemy warunki w nim zawarte.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z wzorem Umowy i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
4. Wyrażamy zgodę na 30 dniowy termin płatności za wykonane zamówienie, liczone od dnia odbioru robót bez uwag.
5. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały zawarte wszystkie koszty realizacji zamówienia.
6. Oferujemy wykonanie zamówienia w terminach określonych w Zapytaniu ofertowym