Oznaczenie sprawy: 01/SŚT/2024 Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

 **OFERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Oferent: | Sprzedawca: |
| ………………………………………….....................................................................................................................imię, nazwisko lub nazwa | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach |
| ………………………………………….…………………………………….……adres zamieszkania lub siedziba | Mikołaja Kopernika 13, 32-100 Proszowice |
| NIP: | NIP: 6821436049 |
| REGON: | REGON: 000300593 |
| Tel. kontaktowy.: | Tel. kontaktowy: 12 386 52 14 |
| e-mail: | e-mail: dzp@spzoz.proszowice.pl |

W związku z ogłoszonym przetargiem na sprzedaż używanego sprzętu medycznego oferujemy następujące ceny zakupu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa sprzętu | Cena wywoławcza brutto | Cena oferowana brutto |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
|  |  |  Razem: |  |
| Uwaga: Oferowana cena zakupu nie może być niższa niż cena wywoławcza. |

**Oferowany termin zapłaty** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\*  **(maksymalnie 14 dni).**

OŚWIADCZENIA:

1. Zapoznałem się z Regulaminem przetargu stanowiącym załącznik do ogłoszenia o sprzedaży sprzętu.
2. Zapoznałem się z treścią wzoru umowy.
3. Akceptuję warunki przetargu i stan techniczny sprzętu.
4. W przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej pod względem oferowanej ceny zobowiązuję się podpisać umowę sprzedaży w terminie 14 dni roboczych od daty ogłoszenia wyników przetargu.
5. Po podpisaniu umowy zobowiązuję się zapłacić cenę nabycia w terminie **\_\_\_\_\_\_**\* dni od daty podpisania umowy sprzedaży, płacąc przelewem na konto bankowe Szpitala na podstawie wystawionej przez Sprzedawcę faktury.
6. Upoważniam Sprzedawcę do powiadomienia mnie o wyniku przetargu za pośrednictwem poczty elektronicznej, adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*)

\* )*Należy uzupełnić.*

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

 (miejscowość i data)