

OFERTA

(prosimy wypełniać czytelnie)

Nazwa (os.pryw. Imię i nazwisko):

Ulica :Kod pocztowy i miejscowość.....

Powiat :Województwo :

Adres do kontaktów (jeżeli inny):

Telefon :Fax :

E-Mail.....

Osoby prywatne PESEL:**Przedsiębiorstwa NIP :****REGON**.....

Osoba do kontaktów :

tel. kom. osoby do kontaktów.....

Ubiegając się o zakup w postępowaniu:

„Używane ambulanse medyczne”

Od:

S. P. Z. O. Z. REJONOWE POGOTOWIE RATUNKOWE
UL. Teatralna 9
41-200 SOSNOWIEC

Oferujemy ceny (brutto):

Lp.	Nazwa	Cena wywoławcza	< Cena ofertowa brutto
1	Ambulans A	5550,00 zł	
2	Ambulans B	5600,00 zł	

- Odbiór przedmiotu sprzedaży zrealizuję w terminie **21 dni** od daty opublikowania informacji o wynikach postępowania.
- Akceptuję 7 dniowy termin płatności od dnia opublikowania informacji o wynikach postępowania. Forma płatności: przelewem na konto sprzedającego, z góry. Wpływ kwoty na konto sprzedającego musi być potwierdzony przed odbiorem rzeczy.
- Oświadczam, że znany jest nam stan rzeczy na zakup których niniejszą ofertę składamy.
- Znając treść art. 297 § 1 Kodeksu Karnego” **Kto w celu uzyskania dla siebie lub innej osoby kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego, przedkłada fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty albo nierzetelne, pisemne oświadczenia dotyczące okoliczności mających istotne znaczenie dla uzyskania takiego kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.** Dane zawarte w ofercie, dokumentach

i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym

Załącznikami do niniejszej oferty są: (wymienić wszystkie załączniki)

Nazwa dokumentu	nr strony w ofercie
-----------------	---------------------

-
-
-
-

.....
Data i podpis osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu
Wykonawcy