

WZÓR

FORMULARZ OFERTOWY

Oferent:	Sprzedawca:
..... imię, nazwisko lub nazwa	Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy we Wrocławiu
..... adres zamieszkania lub siedziba	ul. Joannitów 10-12 50-525 Wrocław
NIP:	NIP: 897-15-88-388
REGON:	REGON: 000294846
tel kontaktowy.:	tel kontaktowy: 530 563 264
e-mail:	E-mail: tsocha@dwomp.pl

W związku z ogłoszonym przetargiem na sprzedaż wycofanego z eksploatacji Aparatu RTG Perform-X Radiographic System ((DP-DR) oferujemy następującą cenę zakupu:

Cena brutto: zł

słownie: złotych

Uwaga: Oferowana cena zakupu nie może być niższa niż cena wywoławcza.

OŚWIADCZENIA:

1. Zapoznałem się z Regulaminem przetargu oraz Opisem przedmiotu sprzedaży stanowiące załączniki do ogłoszenia o sprzedaży sprzętu.
2. Zapoznałem się z treścią wzoru umowy.
3. Akceptuję warunki przetargu i stan techniczny sprzętu i wyrażam zgodę na wyłączenie odpowiedzialności Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy z tytułu rękojmi za wady przedmiotu umowy.
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 14 dni od daty podpisania umowy sprzedaży, płacąc przelewem na konto bankowe DWOMP na podstawie wystawionej przez Sprzedawcę faktury.
6. Upoważniam Sprzedawcę do powiadomienia mnie o wyniku przetargu w formie:
☐ pisemnie, na adres jw. *)
☐ pocztą elektroniczną, adres e-mail: *)

*) Proszę zaznaczyć właściwą formę.

.....
miejscowość i data

.....
/Podpis osoby upoważnionej /