Załącznik nr 2

do zapytania ofertowego z dnia ………..

na wyprzedaż używanych łóżek szpitalnych.

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Kupujący: | Sprzedający: |
| …………………………………………................  ................................................................................  imię, nazwisko lub nazwa | Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie |
| ………………………………………….  …………………………………….……  adres zamieszkania lub siedziba | ul. Szpitalna 28  77-400 Złotów |
| NIP: | NIP: 767-14-49-305 |
| REGON: | REGON: 0003-00009 |
| Tel. kontaktowy: | Tel. kontaktowy: 67-263-22-33- wew. 329 |
| e-mail: | e-mail: |

W związku z ogłoszonym zapytaniem ofertowym na sprzedaż łóżek oferujemy następującą cenę zakupu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa/ Producent | Ilość ( podać) | Stan | Cena oferowana brutto łącznie |
| 1. | Łóżka medyczne |  | używane |  |

**Uwaga: Oferowana cena zakupu nie może być niższa niż cena minimalna zgodnie z zał. nr 1.**

OŚWIADCZENIA:

1. Akceptuję warunki zapytania ofertowego i stan techniczny sprzętu.
2. W przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej pod względem oferowanej ceny zobowiązuję się odebrać sprzęt w terminie 5 dni od daty ogłoszenia wyników postępowania.
3. Po wyborze najkorzystniejszej oferty zobowiązuję się zapłacić cenę nabycia w terminie 3 dni, płacąc przelewem na konto bankowe Szpitala o numerze 67 8941 0006 0017 7904 20 0000 10. .