***Dostawa do zamawiającego używanych, w pełni sprawnych, bezwypadkowych pojazdów osobowych***

**Załącznik nr. 1**

Samodzielny Publiczny



Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu

ul. Kańsko 1, 78-520 Złocieniec, tel 94-36-71-222; 94-36-71-233, .fax. 94-37-21-453

NIP 253-00-98-261 REGON 330086948

###### [www.szpitalkansk.pl](http://www.szpitalkansk.pl/), e-mail: szpitalkansk@pro.onet.pl

**Formularz ofertowy**

Dotyczy zamówienia na:

***Dostawa do zamawiającego używanych, w pełni sprawnych, bezwypadkowych pojazdów osobowych***

|  |
| --- |
| Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………………. |
| Osoba/y uprawnione do reprezentowania Wykonawcy: ……………………………………………………….. |
| Adres Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………………… |
| Nr telefonu/fax: e-mail: ………………………………………………………………………………………………………… |
| NIP: ………………………………………………….. Regon: ……………………………………………………………………….  |
| Nr rachunku bankowego: ……………………………………………………………………………………………………….Osoba do kontaktu: ……………………………………………………………………………………………………………….. (imię, nazwisko, telefon, email) |

**Oferta Wykonawcy**

Wykonawca składa ofertę na:

**1.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa pojazdu** | **Nr VIN** | **Ilość** | **Cena****(brutto)** |
| 1 | marka: producent: typ: model: rok produkcji:  |  |  |  |

**2.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa pojazdu** | **Nr VIN** | **Ilość** | **Cena****(brutto)** |
| 1 | marka: producent: typ: model: rok produkcji:  |  |  |  |

Oświadczam, że oferty złożone odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego zawarte w karcie technicznej oferowanego sprzętu i wyposażenia (załącznik nr. 1a)

…………………………………………….

WYKONAWCA

(Data i Podpis)