*Załącznik nr 1*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Sprzedający:**

**Zespół Opieki Zdrowotnej**

**w Suchej Beskidzkiej**

**ul. Szpitalna 22**

**34-200 Sucha Beskidzka**

Nazwa oferenta :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres ………………………………………………………………………………………………………………….

NIP……………………………………………………………REGON……………………………………………..

Tel………………………………………………….. e-mail…………………………………………………………

 W związku z ogłoszeniem o sprzedaży aparatu RTG z ramieniem C ARACADIS Varic (nr pisma: ZOZ.V-076/DRG/27/2025) oferuję następującą cenę zakupu:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena proponowana****(zw. z VAT)** | **Cena proponowana****(słownie)** |
|  |  |

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się i akceptuję warunki podane w ogłoszeniu.
2. Nie zgłaszam zastrzeżeń do warunków zawartych w ogłoszeniu.
3. Zobowiązuję się do odbioru aparatu na własny koszt.

### ………………… …………………………

 miejscowość i data /Podpis osoby upoważnionej
 do podpisywania oferty/ **1**

**1** *podpis czytelny umożliwiający identyfikację osoby składającej podpis, podpis nieczytelny (tzw. parafa) powinien być opatrzony pieczątką imienną.*