Załącznik nr 3

do ogłoszenia przetargowego z dnia 14.03.2023r.

na sprzedaż wycofanych z użytkowania

urządzeń medycznych

**OFERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Oferent: | Sprzedawca: |
| …………………………………………................................................................................................imię, nazwisko lub nazwa | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu |
| ………………………………………….…………………………………….……adres zamieszkania lub siedziba | ul. H.Kamieńskiego 73A51-124 Wrocław |
| NIP: | NIP: 895-16-45-574 |
| REGON: | REGON: 000977893 |
| tel kontaktowy.: | tel kontaktowy.:  |
| e-mail: | e-mail:  |

W związku z ogłoszonym przetargiem na sprzedaż wycofanego z eksploatacji sprzętu oferujemy następujące ceny zakupu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa sprzętu | Nr inwentarzowy | Cena wywoławcza brutto | Cena oferowana brutto |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
|  |  |  | Razem: |  |
| Uwaga: Oferowana cena zakupu nie może być niższa niż cena wywoławcza. |

OŚWIADCZENIA:

1. Zapoznałem się z Regulaminem przetargu stanowiącym załącznik do ogłoszenia o sprzedaży sprzętu.
2. Zapoznałem się z treścią wzoru umowy.
3. Akceptuję warunki przetargu i stan techniczny sprzętu.
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 Szpitala na podstawie wystawionej przez Sprzedawcę faktury.
6. Upoważniam Sprzedawcę do powiadomienia mnie o wyniku przetargu w formie:

□ pisemnie, na adres jw. \*)

□ faksem, numer faksu: ....................................... \*)

□ pocztą elektroniczna, adres e-mail: ..................................... \*)

\* ) *Proszę zaznaczyć właściwą formę.*

......................................................

 miejscowość i data .......................................................................................

/Podpis osoby upoważnionej /