**Załącznik Nr 1 do zapytania ofertowego**

**OFERTA SPRZEDAJĄCEGO**

Pełna nazwa Oferenta:

Adres siedziby Oferenta:

NIP:

REGON:

Nr konta bankowego:

Nr telefonu:

Nr faksu:

Dane teleadresowe osoby upoważnionej do kontaktowania się z Kupującym:

Dane osoby upoważnionej do podpisania umowy:

1. Oferujemy dostawę materiałów medycznych na warunkach i zasadach określonych w zapytaniu ofertowym za cenę zgodnie z załączonym formularzem ofertowym (Załącznik Nr 2 do zapytania). Ceny zawierają koszt dostarczenia do magazynu Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że akceptujemy termin dostawy materiałów w godz. 8.00 – 15.00 według bieżących zamówień. Kupujący zobowiązany jest złożyć zamówienie najpóźniej na 3 dni przed przewidywanym terminem dostawy w formie telefonicznej, potwierdzone pisemnym zamówieniem.
3. Oświadczamy, że akceptujemy termin płatności faktury, który wynosi 14 dni od doręczenia Kupującemu faktury oraz realizacji przedmiotu umowy.
4. Oświadczamy, że materiały medyczne będące przedmiotem zamówienia spełniają wszystkie powszechnie obowiązujące w Polsce wymagania jakościowe dla materiałów medycznych, w tym higieniczno-sanitarne.
5. Oświadczamy, że wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Kupującego.
6. Wyznaczamy osobę odpowiedzialną za realizację umowy w osobie -................, tel. ................, fax ................., e-mail ....................

........................, dnia ............................ .............................................................

/ podpis osoby upoważnionej do reprezentacji/