

FORMULARZ OFERTY

Dotyczy dostawy Miernika aktywności wraz z pakietem akcesoriów dla Pracowni PET
 Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi..

Oznaczenie wykonawcy – nazwa	NIP
Adres (ulica, miejscowość, powiat, województwo)	Regon
Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu: Imię i nazwisko: nr telefonu:	Forma kontaktu, czynnego całą dobę, za pomocą którego zamawiający będzie przysyłał stosowne dokumenty dotyczące przedmiotowego postępowania: Adres e-mail Wykonawcy: Jeśli dostępny: Nr fax:

- Oferuję dostarczenie produktów dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w cenach zawartych w załączniku nr 2 – formularz asortymentowo cenowy.
- Oferuje termin płatności **60 dni** od dnia doręczenia faktury.
- Oferuję czas realizacji dostawy w terminie do **20 tygodni** od dnia złożenia zamówienia.
- Oferuję czas realizacji reklamacji w terminie do ____ godzin (maksymalnie 48h) od dnia złożenia zamówienia.
- Osobą upoważnioną do realizacji zamówienia jest:
 p. **Mateusz Dyguda** nr 42 2074793; e-mail: ma.dyguda@kopernik.lodz.pl

Podpis/kwalifikowany podpis/elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; **CENTRALA** tel. (42) 689 50 00
 e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>
 NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 6212401545111000011669957

