



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



Załącznik nr 1 do ogłoszenia z dnia 07.11.2022 r.

....., dnia 2022 r.

FORMULARZ OFERTOWY na zakup Cyfrowego aparatu rentgenowskiego EXAMION CLASSIC FPS z 2011 r.

Dane dotyczące oferenta:

Imię i nazwisko / Nazwa firmy:

Adres zamieszkania / adres siedziby:

.....
.....

PESEL/NIP (w przypadku osoby fizycznej wystarczy podać PESEL):

.....

REGON (w przypadku przedsiębiorcy):

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Dane dotyczące sprzedawcy:

SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627-23-23-217, REGON: 271503395

Zobowiązanie kupującego:

Nawiązując do ogłoszenia z dnia 07.11.2022 r. na zakup Cyfrowego aparatu rentgenowskiego EXAMION CLASSIC FPS z 2011 r. oferuję cenę zakupu ww. sprzętu:

..... zł brutto, słownie:

.....
(data, pieczęć i podpis osoby
upoważnionej do reprezentowania oferenta)