

Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe
SP ZOZ w Lublinie
Znak sprawy: NOZ / zpu – NOZ / / 12

ZAPYTANIE CENOWE

Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Lublinie, 20-043 Lublin, ul. Spadochroniarzy 8 zaprasza do złożenia oferty na:

1. Przedmiot zamówienia:

**drukarka HP Color LaserJet Professional CP5225 (format A3)
+ kabel USB do podłączenia (1,8 m) + transport do siedziby Zamawiającego.**

2. WYMAGANY termin realizacji zamówienia – max. 7 dni od wyboru Wykonawcy

3. Warunki płatności – przelew, płatny do **14 dni** od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury

4. Osoba upoważniona do kontaktu z oferentami – Tomasz Smył tel: 81-536-71-91

5. Miejsce i termin złożenia oferty (w formie pisemnej / elektronicznie / faksem)

Adres: **WPR SP ZOZ w Lublinie, ul. Spadochroniarzy 8, 20 – 043 Lublin, sekretariat**
adres e-mail: **abi@pogotowie.lublin.pl** fax: **(81) 533 -78 - 00**

do dnia 13.12.2012r. do godziny 10:00.

6. Okres gwarancji – minimum 1 rok

Wypełnia Wykonawca:

7. Oferta winna zawierać co najmniej:

a) Nazwa i adres wykonawcy:

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

b) NIP:

c) REGON:

d) Telefon kontaktowy, faks, e- mail:

e) Nazwisko i imię osoby upoważnionej do kontaktów z zamawiającym:

.....

f) Cena za którą będzie wykonany przedmiot zamówienia:

cena netto zł (słownie:)

cena brutto zł (słownie:)

podatek VAT zł (słownie:)

~~8. Dokładny opis przedmiotu zamówienia,~~

9. Termin realizacji zamówienia. - **max 7 dni od dnia wyboru Wykonawcy**

10. Okres gwarancji (min. 1 rok)

Oświadczam iż zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

Oświadczam że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni.

Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym.

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć Wykonawcy