

Katowice, dnia.....

OFERTA CENOWA

Nazwa i siedziba Wykonawcy:

.....
.....

tel. fax

NIP REGON:

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

Osoba uprawniona do kontaktowania się z Zamawiającym:

Do: **UNIwersytet Śląski – DZIAŁ LOGISTYKI**

ul. Bankowa 12; 40-007 Katowice; tel. (32) 359-18-38 lub 18 18

W związku z prowadzonym postępowaniem na:

Instalację dygestoriów i stołów laboratoryjnych

1. Oferujemy wykonanie usługi, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego za

wynagrodzeniem: *PLN netto*

Stawka podatku VAT wynosi: %

Cena wraz z podatkiem VAT:

słownie: złotych

Podana cena zawiera wszystkie niezbędne koszty jakie poniesie Wykonawca w celu prawidłowego zrealizowania przedmiotu postępowania.

2. Usługi objęte zamówieniem będziemy realizować w terminie: do 2 tygodni od daty podpisania umowy

3. Akceptujemy następujące warunki płatności: płatność za usługę przelewem w terminie 14 dni od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo sporządzonej faktur VAT.

.....
data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy