

**OFERTA WYKONAWCY**

Zamawiający:

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Żórawinie** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000057226, adres ul. Urzędnicza 11, 55-020 Żórawina, NIP 8961172947, REGON: 930327280 - zwany dalej **"ZAMAWIAJĄCYM"**

**reprezentowany przez:**

Panią Marię Puchacz – Dyrektora

**Wykonawca:**

Pełna nazwa Wykonawcy

.....  
Adres (siedziba), NIP, Regon, Wykonawcy

.....  
Adres e-mail Wykonawcy do korespondencji,  
osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:

.....  
.....

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji na zamówienie p.n.:

***Dostawa Tabletu Medycznego***

**Podaję wykaz dostaw zrealizowanych w okresie i o wartości wskazanej w SWZ:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

