



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ARAD

ROMÂNIA - 310037 - ARAD - STR. ANDRÉENYI KÁROLY, NR. 41
TEL.: (+)0040 357 407 200; (+)0040 357 220 000; FAX: (+)0040 357 407 211



OPERATOR ECONOMIC

(denumirea/numele)

FORMULAR DE OFERTĂ

Către,

(denumirea autorității contractante și adresa completă)

Examinând documentația de atribuire, subsemnatul/subsemnata, reprezentant/i ai ofertantului (denumirea/numele ofertantului) ne oferim ca, în conformitate cu prevederile și cerințele cuprinse în documentația mai sus menționată, să prestam **Serviciile medicale** pentru pretul unitar de lei /luna

2. Ne angajăm ca, în cazul în care oferta noastră este stabilită câștigătoare, să prestam toate serviciile precizate în caietul de sarcini, în condițiile impuse prin aceasta.

3. Ne angajăm să menținem această ofertă valabilă pentru o durată de (**6**) **luni de zile**, (durata în litere și cifre) respectiv până la data de (ziua/luna/anul) și ea va rămâne obligatorie pentru noi, și poate fi acceptată oricând înainte de expirarea perioadei de valabilitate.

4. Până la încheierea și semnarea contractului de achiziție publică aceasta ofertă, împreună cu comunicarea transmisă de dumneavoastră, prin care oferta noastră este acceptată ca fiind câștigătoare, vor constitui un contract angajant între noi.

5. Înțelegem că nu sunteți obligați să acceptați oferta cu cel mai scăzut preț sau orice ofertă primită.

Data ____ / ____ / ____

(nume, prenume și semnătură),

în calitate de reprezentant legal autorizat să semnez oferta pentru și în numele (denumirea/numele operatorului economic)