

## OFERTA WYKONAWCY

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa:.....

Siedziba + (dokładny adres):  
.....  
.....

Nr telefonu.....

Nr fax.....

Nr NIP.....

Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki  
im. Papieża Jana Pawła II

Adres: ul. Aleje Jana Pawła II 10,  
22-400 Zamość

Nr telefonu: 84 6773333

Nr fax: 84 6386669

Nr NIP: 922-22-92-491

Zobowiązania Wykonawcy:

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (nr sprawy: AG.6112.1.2019) **na sprawowanie nadzoru nad bezpieczeństwem ppoż. osób i obiektów podległych SPSW im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu**, oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia za cenę ..... zł

zgodnie z poniższą kalkulacją:

a) Wartość miesięcznego wynagrodzenia netto ..... zł

b) Stawka podatku VAT .....

c) Wartość wynagrodzenia za 12 miesięcy netto ..... zł

d) Wartość wynagrodzenia za 12 miesięcy brutto .....zł

2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.

4. Oferuję termin płatności ..... dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 30 dni).

5. Załączniki:

- aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

.....dnia.....2019r.

.....  
/podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej/\*