

Dane teleadresowe Wykonawcy:

Formularz

.....  
Imię i nazwisko, lub nazwa firmy,

.....  
Adres

.....  
numer telefonu, faksu.

.....  
Osoba kontaktowa

### **O F E R T A W Y K O N A W C Y**

**na wykonanie dokumentacji projektowej na rozbudowę poprzez przebudowę VI piętra bloku A strona prawa i lewa wraz hallem, II piętra bloku B strona lewa, oraz Sali C1 Bloku Operacyjnego II piętro bloku B dla Oddziału Neurologii, Pododdziału Udarowego, Oddziału Wczesnej Rehabilitacji Poudarowej oraz Poradni AOS Neurologicznej i Neurochirurgicznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.**

**Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki  
Im. Papieża Jana Pawła II  
ul. Aleje Jana Pawła II 10  
22 – 400 Zamość**

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na wykonanie dokumentacji projektowej na rozbudowę poprzez przebudowę VI piętra bloku A strona prawa i lewa wraz hallem, II piętra bloku B strona lewa, oraz Sali C1 Bloku Operacyjnego II piętro bloku B dla Oddziału Neurologii, Pododdziału Udarowego, Oddziału Wczesnej Rehabilitacji Poudarowej oraz Poradni AOS Neurologicznej i Neurochirurgicznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu,

oferuję/emy wykonanie przedmiotu zamówienia objętego zaproszeniem za cenę:

Cena netto (bez podatku VAT) .....zł.

stawka VAT i kwota podatku VAT .....zł.

Cena z podatkiem VAT (cena bez podatku VAT + kwota podatku VAT) .....zł.

Słownie: .....

.....zł

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki  
Im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu  
SIWZ – wykonanie dokumentacji projektowej  
AG.ZP 3320.84.17 - formularz oferty

1. Oświadczam/y, że cena z podatkiem VAT zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem dokumentacji projektowej na rozbudowę poprzez przebudowę VI piętra bloku A strona prawa i lewa wraz hallem, II piętra bloku B strona lewa, oraz Sali C1 Bloku Operacyjnego II piętro bloku B dla Oddziału Neurologii, Pododdziału Udarowego, Oddziału Wczesnej Rehabilitacji Poudarowej oraz Poradni AOS Neurologicznej i Neurochirurgicznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

2. Oświadczam/y, że oferowany termin wykonania dokumentacji projektowej wynosi: ..... dni licząc od dnia zatwierdzenia przez Zamawiającego technologii medycznej (maksymalny dopuszczony przez Zamawiającego termin wykonania dokumentacji projektowej to – w ciągu **120** dni licząc od dnia zatwierdzenia przez Zamawiającego technologii medycznej).

3. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i przyjmujemy ją bez zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

4. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

5. Oświadczam/y, że zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.

6. Składając niniejszą ofertę, zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy PZP informuję/my, że wybór oferty:

a) [ ] nie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć,

b) [ ] będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby rozliczyć – w następującym zakresie: .....  
(należy odpowiednio zaznaczyć punkt a) lub b).

7. Oferta została złożona na ..... stronach kolejno ponumerowanych i składa się z następujących oświadczeń, dokumentów i informacji:

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby/ osób uprawnionych do składania oświadczenia woli w imieniu wykonawcy)