



Formularz oferty wykonawcy

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć wykonawcy)

tel.:

fax:

**Samodzielny Publiczny
Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
fax (084) 638 66 69**

OFERTA WYKONAWCY

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy z dnia:.....) na dostawę/usługę :

Pełnienie Nadzoru Inwestorskiego dla zadania - „Przebudowa (modernizacja) II piętra bloku A i C dla potrzeb Oddziału Ginekologiczno - Położniczego i Patologii Ciąży oraz Oddziału Urologii.”.

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu, za kwotę w wysokości :

a. netto: zł

(słownie: zł)

b. stawka podatku VAT %

c. brutto: zł

(słownie: zł)

2. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia w terminie: **od dnia zawarcia umowy do zakończenia inwestycji pn: „Przebudowa (modernizacja) II piętra bloku A i C dla potrzeb Oddziału Ginekologiczno - Położniczego i Patologii Ciąży oraz Oddziału Urologii.”**

3. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach wynikających z niniejszej oferty i według przedstawionego wzoru.

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

5. Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia: miesiące - licząc od dnia podpisania protokołu odbioru/ dostawy (jeżeli dotyczy) *.

Numer sprawy:



Formularz oferty wykonawcy

6. Oferuję termin płatności dni od daty otrzymania faktury VAT.

(minimalny wymagany termin płatności wynosi 30 dni)

7. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:

- a. aktualny odpis z właściwego rejestru (np. KRS) lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej ,
- b. pełnomocnictwo w oryginale bądź notarialnie poświadczony w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika .
- c. formularz oferty cenowej.
- d. Wymagane doświadczenie – wykaz usług wykonanych w na rzecz jednostek Służby Zdrowia, odpowiadających swoim rodzajem i wartością usługom stanowiącym przedmiot zamówienia, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz dokumenty potwierdzające, że usługi te zostały wykonane należycie. **Zamawiający wymaga przedstawienia realizacji min. 3 usługi.** Wszystkie wymienione w przedmiotowym wykazie usługi muszą być potwierdzone dokumentami świadczącymi o ich należyтым wykonaniu
- e. inne

.....
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej *

do reprezentowania Wykonawcy

* *niepotrzebne skreślić*