

Załącznik nr 2

Numer sprawy: **AT.334.5.2025SLSO**

....., dnia

(pieczęć wykonawcy)

tel.:

e-mail:

Nazwa Zamawiającego:
Samodzielny Publiczny
Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
e-mail: sl.sobczyk@szpital.zam.pl

OFERTA WYKONAWCY

w postępowaniu pn.

„Okresowa kontrola stanu technicznego przewodów kominowych wentylacyjnych, komina stalowego wolnostojącego i instalacji gazowych w obiektach Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu ul. Aleje Jana Pawła II 10”

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (numer sprawy **AT.334.5.2025SLSO**) na wykonanie okresowej kontroli stanu technicznego przewodów kominowych wentylacyjnych, komina stalowego wolnostojącego i instalacji gazowych w obiektach Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu ul. Aleje Jana Pawła II 10

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu,

za kwotę netto (bez podatku VAT) w wysokości : zł .

(słownie: zł)

stawka podatku VAT %

brutto (z podatkiem VAT) : zł.

(słownie: zł)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy.
3. Oświadczam, że oferowana usługa spełnia wymagania określone przez Zamawiającego w Zaproszeniu do złożenia oferty.
4. Oferuję termin płatności - 30 dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.
5. Oświadczam, że termin realizacji usługi to:
Etap I:
rozpoczęcie wykonywania usługi – **od dnia 28.04.2025 r.**
zakończenie realizacji usługi – **do dnia 29.05.2025 r.**

Numer:

Etap II:

rozpoczęcie wykonywania usługi – **od dnia 27.10.2025 r.**

zakończenie realizacji usługi – **do dnia 27.11.2025 r.**

6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w Zaproszeniu do złożenia ofert na „Świadczenie usług odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów pokonsumpcyjnych wytworzonych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu” w celu przeprowadzenia postępowania i późniejszej jego realizacji. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej w załączniku nr 4 do niniejszego zaproszenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi jej integralną część są:

.....

.....

podpis osoby uprawnionej /upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy

Numer: