



## 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 funkcji inspektora nadzoru inwestorskiego nad robotami realizowanymi w ramach zadania - Zaprojektowanie i wykonanie modernizacji dróg wewnętrznych, parkingów oraz ciągów pieszo-jezdnych na terenie Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu”**

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: „Zaprojektowanie i wykonanie modernizacji dróg wewnętrznych, parkingów oraz ciągów pieszo-jezdnych na terenie Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu”.**

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.

Numer sprawy: .....



### Formularz oferty wykonawcy

5. Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia: ..... miesiące - licząc od dnia podpisania protokołu odbioru/ dostawy ( jeżeli dotyczy ) \*.
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. 2 usługi.** Wszystkie wymienione w przedmiotowym wykazie usługi muszą być potwierdzone dokumentami świadczącymi o ich należytych wykonaniu
  - e. inne .....

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

do reprezentowania Wykonawcy

\* *niepotrzebne skreślić*