



## 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 :

**Przygotowania wniosku aplikacyjnego wraz z wymaganymi załącznikami w celu pozyskania dotacji w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko Oś priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia działanie 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego**

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: .....

2. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia w terminie:

a). Przygotowanie i złożenie wniosku aplikacyjnego wraz z wymaganymi załącznikami – w terminie zgodnym z ogłoszeniem o naborze wniosków w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (czynności określone w § 1 ust. 2 pkt. a, b, c, d, e umowy). Planowany termin naboru wniosków – październik 2015r.

b). Wykonanie pozostałych czynności określonych w § 1 ust. 2 pkt. f, g umowy – do końca realizacji projektu i rozliczenia umowy.

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: ..... miesięcy - licząc od dnia podpisania protokołu odbioru/ ~~dostawy~~ ( jeżeli dotyczy ) \*.

6. Oferuję termin płatności ..... dni od daty otrzymania faktury VAT.  
(minimalny wymagany termin płatności wynosi 60 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. Wykaz usług wykonanych w okresie ostatnich pięciu lat przed dniem ogłoszenia zaproszenia do składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie 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. Ocenie punktowej podlegają tylko usługi/projekty zrealizowane dla jednostek Służby Zdrowia, które uzyskały dofinansowanie. 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*