

FORMULARZ OFERTOWY

Uwaga: Wypełnia w całości i podpisuje Wykonawca

Dane Wykonawcy

Nazwa

Adres / siedziba/

.....

KRS:, REGON:, NIP:,

tel. / fax. /

adres e-mail osoby upoważnionej do korespondencji z Zamawiającym:

.....

Oferta dotyczy zapytania ofertowego sporządzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie ul. Młyńska 2, Nr **DTECH/9/04/21** na:

„Termomodernizacja części ścian obiektu szpitala przy ul. Mickiewicza 21 w Krotoszynie”

I. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami zapytania za cenę :

wartość netto zł

+ % podatek VAT zł

Cena brutto zł

Cena brutto słownie złotych 00/100 groszy.

II. Oświadczamy , że:

1. W cenie niniejszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
2. Zamówienie stanowiące przedmiot niniejszego postępowania wykonamy **w okresie do 30 dni licząc od daty podpisania umowy.**
3. Zawarte w zapytaniu warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Wszelkie załączone do oferty dokumenty potwierdzające Nasz obecny stan prawny są aktualne w świetle postanowień ustawy z dnia 20 sierpnia 1997r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. Nr 121, poz. 769 z dnia 7 października 1997r.) oraz ustawy z dnia 20 sierpnia 1997r.

Zamawiający:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ul. Młyńska 2
63 - 700 Krotoszyn

tel. 62 588 03 90
fax. 62 588 04 02
www.spzoz.krotoszyn.pl
spzoz@krotoszyn.pl



Przepisy wprowadzające ustawę o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. Nr 121, poz. 770 z dnia 7 października 1997r.).

5. W przypadku otrzymania zamówienia, koordynatorem nadzorującym realizację postanowień umownych zostanie Pan(i):

..... telefon kontaktowy

6. Wszelkie płatności związane z realizacją umowy, w przypadku wyboru Naszej oferty, Zamawiający przekazywał będzie na konto nr:

.....

7. Akceptujemy następujące warunki płatności :

Płatność za wystawioną fakturę zostanie dokonana **do 30 dni** od daty jej otrzymania przez Zamawiającego.

8. Zamierzamy powierzyć podwykonawcy następującą część zamówienia*:

...../
nie zamierzamy powierzyć podwykonawcy żadnej części zamówienia.*

* niepotrzebne skreślić

9. Oświadczamy, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji / Oświadczamy, że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji./*

* *niepotrzebne skreślić*

III. Gwarancja: 5 lat licząc od protokolarnego odbioru przedmiotu zamówienia

IV. Wpłata wadium. Nie dotyczy

1. Forma w jakiej zostało wniesione wadium:

2. Kwota wniesionego wadium :

..... (słownie)

..... 3. Numer rachunku bankowego na jaki zamawiający dokona zwrotu wadium (dotyczy w przypadku wniesienia wadium w formie pieniężnej);

V. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.

UWAGA !

Na mocy przepisu art. 297 § 1 Kodeksu karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z 1997r. z późn. zm.), kto w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi zamówienia publicznego przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo

Zamawiający:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ul. Młyńska 2
63 - 700 Krotoszyn

tel. 62 588 03 90
fax. 62 588 04 02
www.spzoz.krotoszyn.pl
spzoz@krotoszyn.pl



niezawarty dokument albo niezawarte, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

.....
(miejsce i data)

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Zamawiający:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ul. Młyńska 2
63 - 700 Krotoszyn

tel. 62 588 03 90
fax. 62 588 04 02
www.spzoz.krotoszyn.pl
spzoz@krotoszyn.pl

