

FORMULARZ OFERTOWY

Uwaga: Wypełnia w całości i podpisuje Wykonawca!

Dane Wykonawcy

.....

Adres / siedziba/ Wykonawca

KRS:, REGON:, NIP:,

tel. / fax. /

adres e-mail osoby upoważnionej do korespondencji z

Zamawiającym:

Oferta dotyczy przetargu nieograniczonego ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie ul. Młyńska 2, Nr DTECH/1/9/18
na:

**"Adaptacja pomieszczeń w budynku A szpitala na potrzeby utworzenia oddziału
ortopedycznego w SPZOZ w Krotoszynie"**

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

Wartość netto zł
+ % podatek VAT zł
Cena* brutto zł
Cena brutto słownie zł

* - sposób podania ceny . Podać sumę wartości netto z 3 kosztorysów ofertowych oraz pozycji wynikających z opisu i od tej sumy wyliczyć wartości podatku VAT. W celu obliczenia ceny brutto zsumować wartość netto i VAT.

Uwaga:

Wartość netto, cena brutto powinna być podana w zaokrągleniu z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (zasada zaokrąglania – poniżej 5 należy końcówkę pominąć, powyżej i równe 5 należy zaokrąglić w górę).

II. Oświadczamy , że:

1. W cenie niniejszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
2. Zamówienie stanowiące przedmiot niniejszego postępowania wykonamy **do 70 dni od daty podpisania umowy.**

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



3. Zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
5. Zawarte w SIWZ 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.
6. W przypadku otrzymania zamówienia, koordynatorem nadzorującym realizację postanowień umownych zostanie Pan(i):
telefon kontaktowy.....
7. Wszelkie płatności związane z realizacją umowy, w przypadku wyboru Naszej oferty, Zamawiający przekazywał będzie na konto nr:

8. **Akceptujemy następujące warunki płatności:**

- Faktury częściowe – wystawiane nie częściej niż 1 raz w miesiącu po dokonaniu odbiorów częściowych, w wysokości proporcjonalnej do zrealizowanego zakresu robót budowlanych,
- Faktura końcowa – wystawiona po podpisaniu protokołu odbioru końcowego.

Płatność za każdą wystawioną fakturę zostanie dokonana w ciągu 30 dni od daty jej otrzymania przez Zamawiającego.

9. Zamierzamy powierzyć podwykonawcy następującą część zamówienia: */ **nie zamierzamy powierzyć podwykonawcy żadnej części zamówienia.***

* niepotrzebne skreślić

erta została złożona nastronach, kolejno ponumerowanych od nr **01** do nr....

10. 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.

Udzielam gwarancji na:

- roboty budowlane miesiące * / lata * *(niepotrzebne skreślić)

(zgodnie z art. 114 Kodeksu cywilnego, jeżeli termin jest oznaczony w miesiącach lub latach, miesiąc liczy się za dni trzydzieści, a rok za dni trzysta sześćdziesiąt pięć).’

IV. Wpłata wadium.

Nie dotyczy

Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorstwem

☐ TAK

☐ NIE

V. Załącznikami do niniejszej oferty są:

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



1.
2.
3.
4.

UWAGA !

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis osoby upoważ.
do reprezentowania Wykonawcy)