

FORMULARZ OFERTOWY

Uwaga: Wypełnia w całości i podpisuje Wykonawca

Dane Wykonawcy

.....

Adres / siedziba/ Wykonawca

.....

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 RZP-VI/1/08/11 na:

„Obsługę kotłowni, kontrolę obiektów oraz utrzymanie czystości wokół nich”

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

Wartość oferty netto zł

+ % podatek VAT zł

Wartość oferty brutto zł

Wartość oferty brutto słownie złotych.

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 4 lat od daty podpisania umowy.**
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. 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. Przepisy wprowadzające ustawę o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. Nr 121, poz. 770 z dnia 7 października 1997r.).
7. W przypadku otrzymania zamówienia, koordynatorem nadzorującym realizację postanowień umownych zostanie Pan(i):

Beneficjent:

.....
telefon kontaktowy.....

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

9. Akceptujemy następujące warunki płatności :

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

10. Zamierzamy powierzyć podwykonawcy następującą część zamówienia:

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

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

13. 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. Wpłata wadium.

1. Forma w jakiej zostało wniesione wadium:
2. Kwota wniesionego wadium :
(słownie)
3. Numer rachunku bankowego na jaki zamawiający dokona zwrotu wadium (dotyczy wadium wniesionego w formie pieniężnej) :

IV. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.

UWAGA !

Wykonawca, który przedstawi nieprawdziwe dane mające wpływ lub mogące mieć wpływ na wynik prowadzonego postępowania zostanie wykluczony na podstawie art. 24 ust. 2 pkt 3 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2010, nr 113, poz. 759 z późn. zm.).

Ponadto 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 innej osoby zamówienia publicznego przedkłada fał-

Beneficjent:

szywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty albo nierzetelne, pisemne oświadczenia dotyczące okoliczności mających istotne znaczenie dla uzyskania takiego zamówienia publicznego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

.....
(miejsowość i data)

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

Beneficjent:

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

