

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/1/02/12 na:

**„Program wyrównywania różnic między regionami II  
– Wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny”**

**I. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami SIWZ za cenę podaną w formularzu cenowym.**

**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 45 dni 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):  
..... telefon kontaktowy .....
8. Wszelkie płatności związane z realizacją umowy, w przypadku wyboru Naszej oferty, Zamawiający przekazywał będzie na konto nr:  
.....

Beneficjent:

## 9. Akceptujemy następujące warunki płatności :

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

## 11. Zamierzamy powierzyć podwykonawcy następującą część zamówienia:

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

\* niepotrzebne skreślić

12. Oferta została złożona na .....stronach, 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. 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);:

## 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 fałszywe 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.*

.....  
(miejsceowość i data )

.....  
(pieczęćka i podpis osoby upoważ. 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](http://www.spzoz.krotoszyn.pl)  
spzoz@krotoszyn.pl

