

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/1/01/12
na:

„Program wyrównywania różnic między regionami – dobudowa windy do Zakładu

Opiekuńczo – Leczniczego w Krotoszynie”

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

wartość netto	zł
+ % podatek VAT	zł
Cena brutto	zł
wartość brutto słownie zł	

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 dnia **16.07.2012 r.**
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

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



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:

.....

9. Akceptujemy następujące warunki płatności :

I etap - 14 dni od daty otrzymania faktury częściowej przez Zamawiającego.

II etap – do 30 dni od daty otrzymania faktury końcowej przez Zamawiającego.

10. **Zamierzamy powierzyć podwykonawcy następującą część**

zamówienia:.....*/

nie zamierzamy powierzyć podwykonawcy żadnej części zamówienia.*

* niepotrzebne skreślić

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

12. 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:

– roboty budowlane dni */ miesiące * / lata * *(niepotrzebne skreślić)

– Dźwig dni */ 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.

1. Forma w jakiej zostało wniesione wadium:

2. Kwota wniesionego wadium :

.....

(słownie wszystkie pakiety))

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

.....

Beneficjent:

V. 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.

.....
(miejscowość 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
spzoz@krotoszyn.pl

