

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 **RZP-VI/1/09/14** na:

**„Dostawa aparatu do znieczulania ramach rozbudowy, przebudowy i doposażenia – III etap modernizacji Szpitala Powiatowego w Krotoszynie”**

**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 30 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.).

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](http://www.spzoz.krotoszyn.pl)  
spzoz@krotoszyn.pl



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 :

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. Gwarancja:

Zgodnie z załącznikami do SIWZ - warunki gwarancji

– aparat ..... /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).<sup>7</sup>

### 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. ....

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](http://www.spzoz.krotoszyn.pl)  
spzoz@krotoszyn.pl



4. ....

**UWAGA !**

*Wykonawca, który przedstawi nieprawdziwe dane mające wpływ na wynik prowadzonego postępowania zostanie wykluczony na podstawie art. 24 ust. 2 pkt 3 ustawy-Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2013 r. , poz. 907 ze 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 kogo innego od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi zamówienia publicznego przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

.....  
(miejsowość i data )

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

