

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/1/08/15
na:

**„Dostawę i montaż platformy dla osób niepełnosprawnych w ramach zadania pn. -
Rozbudowa , przebudowa i doposażenie - III etap modernizacji Szpitala Powiatowego w
Krotoszynie ”**

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

Wartość netto zł. + kwota VAT . - zł,

Cena brutto oferty zł.

**Cena brutto oferty słownie – złotych 00/100
groszy.**

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 :
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

Beneficjent:

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:

.....

9. Akceptujemy następujące warunki płatności :
Faktura wystawiona po podpisaniu protokołu odbioru końcowego
Płatność za 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

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:

– Platforma / 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 na wynik prowadzonego postępowania zostanie wykluczony na podstawie art. 24 ust. 2 pkt 3 ustawy-Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 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.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka 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

