Załącznik nr 2

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/1/06/17** na:

Adaptację pomieszczeń przychodni na potrzeby rehabilitacji II dla SPZOZ w Krotoszynie"

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

Wartość netto	..... zł
+ ..... % podatek VAT	..... zł
Cena brutto	..... zł

Cena brutto słownie zł .....

* - sposób podania ceny . Podać sumę wartości netto z kosztorysów ofertowych i od tej sumy wyliczyć wartości podatku VAT. W celu obliczenia ceny brutto zsumować wartość netto i VAT.

Uwaga:

Wartość netto, cena brutto powinna być podana w zaokrągleniu z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (zasada zaokrąglania – poniżej 5 należy końcówkę pominąć, powyżej i równe 5 należy zaokrąglić w górę).

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 **14.07.2017 r.**

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

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: .....
9. **Akceptujemy następujące warunki płatności:**
   - Faktury częściowe – wystawiane nie częściej niż 1 raz w miesiącu po dokonaniu odbiorów częściowych, w wysokości proporcjonalnej do zrealizowanego zakresu robót budowlanych,
   - Faktura końcowa – wystawiona po podpisaniu protokołu odbioru końcowego.

   Płatność za każdą wystawioną fakturę zostanie dokonana w ciągu 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 na .....stronach, 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.

Udzielam gwarancji na:

- roboty budowlane ..... 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 ……..……..)

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

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

……

Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorstwem

- ☐ TAK
- ☐ NIE

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 2016, poz. 1020 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 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) *(pieczątka i podpis osoby upoważ. do reprezentowania Wykonawcy)*

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