

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY
ZAMÓWIENIA O WARTOŚCI SZACUNKOWEJ PONIŻEJ 30 000 EURO
W TRYBIE : § 2 ust.1 Regulaminu udzielania zamówień o wartości poniżej 30 000 euro w zw. z
art. 4 pkt 8 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29.01.2004r.
(Dz.U.2019.1843 t.j. z dnia 2019.09.27 z późn. zm.)

„Wykonanie przeglądów konserwacyjnych układów wentylacji i klimatyzacji, pomiarów skuteczności wentylacji, kontroli szczelności instalacji klimatyzacyjnych oraz doraźnych napraw serwisowych układów wentylacji i klimatyzacji w Szpitalu Specjalistycznym w Zabrze Sp. z o.o.”

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa.....

Siedziba.....

Nr telefonu/faks.....

Adres e-mail

nr NIP.....

nr REGON.....

Dane dotyczące zamawiającego

Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o.
ul. M. –Skłodowskie j- Curie 10
41-800 Zabrze

nr NIP 648-277-50-49

nr REGON 272735162

Zarejestrowany w Rejestrze Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000568080

Zobowiązania Wykonawcy

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia na poniżej przedstawionych warunkach:

cena nettozł

(słownie:)

stawka podatku VAT.....%

podatek VAT.....zł

cena bruttozł

(słownie:)

Oświadczam, że:

- Zapoznałem się z treścią zaproszenia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń;
- Spełniam wszystkie wymagania Zamawiającego zawarte w zaproszeniu;
- Zobowiązuję się wykonać przedmiot umowy, z należytą starannością z uwzględnieniem zawodowego charakteru prowadzonej przez niego działalności oraz zgodnie z zasadami wiedzy technicznej i obowiązującymi w tym zakresie przepisami, w szczególności prawa budowlanego, bhp i ppoż, oraz normami polskimi i międzynarodowymi oraz gwarantuje, że przedmiot umowy będzie zgodny z wymogami stawianymi we właściwym przepisach prawa.
- Akceptuję proponowany przez Zamawiającego projekt umowy stanowiący załącznik nr 3 do zaproszenia;

- Określony zakres prac instalacyjnych zrealizuje z materiałów własnych, zgodnie z wytycznymi zawartymi w dokumentach atestacyjnych zastosowanych materiałów i urządzeń, wymaganiami Polskich Norm i sztuką budowlaną oraz dokumentacją projektową
- Oferuję termin płatności min. 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT
- Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

Pełnomocnik:

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon..... Fax.....

Zakres:

- do reprezentowania w postępowaniu
- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

Wszelką korespondencję proszę kierować na adres:

Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o.
ul. M. –Skłodowskiej - Curie 10
41-800 Zabrze
e-mail: dzial.techniczny2@klinika-zabrze.med.pl

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

.....
.....

(imię i nazwisko)
podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

