

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY
ZAMÓWIENIA O WARTOŚCI SZACUNKOWEJ PONIŻEJ 130 000 ZŁ
W TRYBIE :**

§ 2 ust.1 Regulaminu udzielania zamówień o wartości poniżej 130 000 zł lub 30 000 euro w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 11.09.2019r. (Dz.U.2019.2019 z dnia 2019.10.24 z późn. zm.)

„Wykonaniem ogrodzenia terenu zbiórki i segregacji odpadów na terenie Szpitala Specjalistycznego 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:

1.

cena nettozł

(słownie:)

stawka podatku VAT.....%

podatek VAT.....zł

cena bruttozł

(słownie:)

2.

dlugość gwarancji- od dnia podpisania protokołu odbioru robót.

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)