

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa:

Siedziba:

Adres poczty elektronicznej:

Strona internetowa:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer REGON:

Numer NIP:

Dane dotyczące zamawiającego

Powiatowe Centrum Medyczne NZOZ Szpital Powiatowy w Wieruszowie
Warszawska 104
98-400 Wieruszów

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na **Wymiana dźwigu szpitalnego – osobowego** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

Cena oferty

cena netto.....zł

(słownie:)

podatek VAT.....zł

cena brutto.....zł

(słownie:)

Oświadczam, że:

Wykonam zamówienie publiczne w terminie do dnia:

Termin płatności:..... dni

Okres gwarancji (wyrażony w liczbie miesięcy):.....

Reklamacje będą załatwiane w terminie:..... dni

Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
3. Oświadczam, że załączone do specyfikacji istotnych warunków zamówienia postanowienia umowy / wzór umowy zostały przeze mnie zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
4. Oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w specyfikacji istotnych warunków zamówienia
5. Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie oraz w sposób zgodny z warunkami / wymaganiami organizacyjnymi określonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz załącznikach do niej.

Inne informacje wykonawcy:

.....
.....
.....

Informacje na temat podwykonawców

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data i czytelny podpis wykonawcy)