

FORMULARZ OFERTOWY

Pieczęć adresowa Wykonawcy

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa.....
Siedziba.....
Nr telefonu/faks.....
adres strony internetowej....., adres elektroniczny.....
NIP REGON

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe złożone przez Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego SP ZOZ w Krakowie w prowadzonym postępowaniu na wykonanie usługi pn.:

„Wykonanie badań próbek wody na zawartość bakterii *legionella sp z* w budynkach szpitala Klinicznego im. Dr. J. Babińskiego w Krakowie”
niniejszym składam/y ofertę cenową na wykonanie przedmiotowego zamówienia zgodnie z warunkami w nim określonymi.

Wartość brutto:

słownie:.....

Wartość netto:

w tym stawka należnego podatku VAT..... %

1. Niniejsza oferta obowiązuje do: 30 dni od daty złożenia oferty.
2. Oświadczam/y, że w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach ustalonych przez Zamawiającego, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam/y, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponujemy potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.
4. Oświadczamy, że wynagrodzenie ryczałtowe brutto oferty zawiera wszelkie koszty Wykonawcy, w szczególności koszty materiałów, dostawy, sprzętu i robocizny.

Kraków, dnia

.....
(Podpis i pieczęć Wykonawcy)