

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

NIP:

REGON:

Nr telefonu

Adres e-mail:

(na który Zamawiający będzie przysłać korespondencję)

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Dworcowa 6
89-511 Cekcyn

Nawiązując do zapytania ofertowego, którego przedmiotem zamówienia jest wykonanie mebli gabinetowych do pomieszczeń Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej:

1. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy **za cenę ryczałtową**:
cena netto zł
podatek VAT %, co stanowi kwotę zł
cena oferty brutto zł
Słownie złotych
2. Oświadczamy, że udzielamy gwarancji na wykonane prace na okres miesięcy.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym, tj. 30 dni.
4. Oświadczamy, że załączony do zapytania ofertowego projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że:
 - a. posiadamy uprawnienia do wykonywania określonych prac, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
 - b. posiadamy wiedzę i doświadczenie w zakresie wykonania niniejszego zamówienia,
 - c. dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
 - d. znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia we wskazanych terminach.
6. Zobowiązujemy do wykonania przedmiotu zamówienia w terminie wskazanym w zapytaniu ofertowym.

7. Oświadczamy, że w cenie zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
8. Oświadczamy, że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 z późn. zm.).
9. Oświadczamy, że nie jestem powiązany osobowo i kapitałowo z Zamawiającym.

.....
miejsowość, data
(należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub
podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej
lub osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)