

Pieczęć adresowa
Wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY**Dane dotyczące Wykonawcy: (*)**

Nazwa	
Adres siedziby	
NIP	
Nr telefonu	
Adres e-mail	

W odpowiedzi na zaproszenie Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego SP ZOZ w Krakowie do złożenia oferty w prowadzonym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie do 130 000 zł, w zakresie:

Czyszczenia rynien, koszy, rur spustowych, czyszczaków na budynkach wraz z myciem dachu nad podjazdem dla karet przy izbie przyjęć Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie

Niniejszym jako Wykonawca składam ofertę cenową na wykonanie przedmiotowego zamówienia zgodnie z warunkami w nim określonymi:

Cena/wynagrodzenie ryczałtowe brutto Wykonawcy za wykonanie przedmiotu zamówienia w całości: (*)	
cyfrowo:	
słownie:	
Cena netto (kwota):	
Podatek VAT (kwota):	

Oświadczenia Wykonawcy:

- Wykonawca oświadcza, że posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, a także znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- Wykonawca oświadcza, że w przypadku wyboru niniejszej oferty zobowiązuje się do zawarcia umowy na warunkach ustalonych przez Zamawiającego, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

3. Wykonawca oświadcza, że cena brutto oferty zawiera wszelkie koszty Wykonawcy celem prawidłowej realizacji zamówienia, w szczególności koszty materiałów, sprzętu i robocizny.
4. Wykonawca oświadcza, że do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą posiada zarejestrowane we właściwym dla Wykonawcy Urzędzie Skarbowym konto bankowe o numerze: (*), w banku (*nazwa banku).
5. Wykonawca oświadcza, że niniejsza oferta obowiązuje do 30 dni licząc od daty jej złożenia.

.....
Data i podpis Wykonawcy

(*) uzupełnić