............................ dnia ........................

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

[pieczątka firmowa]

# FORMULARZ OFERTY

## I. DANE WYKONAWCY

1. Pełna nazwa: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Przedstawiciel producenta[[1]](#footnote-2): ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................
3. Adres (siedziba) *(kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo)*: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................
4. Adres do korespondencji *(wypełnić, jeśli jest inny niż adres siedziby)*..............................................................................................................................................................................................................................................................................................
5. REGON ...................................................................................................................................
6. VAT UE: [[2]](#footnote-3)................................................................................................................................
7. **Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem   
   TAK / NIE[[3]](#footnote-4)**
8. Telefon *(z numerem kierunkowym)*............................................................................................
9. Fax *( z numerem kierunkowym)* ................................................................................................
10. E-mail .....................................................................................................................................

## II. PRZEDMIOT OFERTY

###### Oferta dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego ogłoszonego przez:

### Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie

**02-097 Warszawa; ul. Banacha 1a**

znak: **DZP.262.166.2017**

na:

**Remont sal dydaktycznych**

**III. INFORMACJE ODCZYTYWANE W TRAKCIE PUBLICZNEJ SESJI OTWARCIA OFERT**

1. **Nazwa (firma) i adres (siedziba) Wykonawcy**:

…….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**CZĘŚĆ 1 - REMONT SALI KONFERENCYJNO - KOMINKOWYCH DLA POTRZEB II ZAKŁADU RADIOLOGII KLINICZNEJ**

*(Wykonawca wypełnia odpowiednio daną cześć zamówienia, na którą składa ofertę)*

**2a)** Wartość brutto przedmiotu zamówienia (na podstawie załączonych kosztorysów ofertowych) wynosi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zestawienie kosztorysów ofertowych | | | | |
| L p | Nazwa | wartość netto | Stawka  VAT | wartość brutto |
| 1 | Załącznik nr 4- Kosztorys budowlany |  |  |  |
| 2 | Załącznik nr 5- Kosztorys sanitarny |  |  |  |
| 3 | Załącznik nr 6- Kosztorys elektryczny |  |  |  |
| RAZEM | | | |  |

**3a) Termin realizacji przedmiotu zamówienia: do 15.12.2017r.**

**4a) Termin gwarancji** (min. 36 miesięcy) – ......... **miesięcy** od daty podpisania bezusterkowego protokołu odbioru końcowego.

**5a) Termin płatności:** (min. 30 dni) – .… dni od daty dostarczenia faktury VAT do Zamawiającego.

**UWAGA:**

**Powyższe terminy wypełnić w sposób JEDNOZNACZNY tzn. jeśli Zamawiający wymaga min./max. „X” miesięcy/dni należy wpisać konkretną ilość miesięcy/dni BEZ słowa MINIMUM/MAXIMUM.**

**CZĘŚĆ 2 - REMONT SALI NR 20 D DLA POTRZEB KATEDRY I KLINIKI NEFROLOGII, DIALIZOTERAPII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH**

*(Wykonawca wypełnia odpowiednio daną cześć zamówienia, na którą składa ofertę)*

**2b)** Wartość brutto przedmiotu zamówienia (na podstawie załączonych kosztorysów ofertowych) wynosi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zestawienie kosztorysów ofertowych | | | | |
| L p | Nazwa | wartość netto | Stawka  VAT | wartość brutto |
| 1 | Załącznik nr 7- Kosztorys budowlany |  |  |  |
| 2 | Załącznik nr 8- Kosztorys elektryczny |  |  |  |
| RAZEM | | | |  |

**3b) Termin realizacji przedmiotu zamówienia: do 15.12.2017r.**

**4b) Termin gwarancji** (min. 36 miesięcy) – ......... **miesięcy** od daty podpisania bezusterkowego protokołu odbioru końcowego.

**5b) Termin płatności:** (min. 30 dni) – .… dni od daty dostarczenia faktury VAT do Zamawiającego.

**UWAGA:**

**Powyższe terminy wypełnić w sposób JEDNOZNACZNY tzn. jeśli Zamawiający wymaga min./max. „X” miesięcy/dni należy wpisać konkretną ilość miesięcy/dni BEZ słowa MINIMUM/MAXIMUM.**

**IV. POZOSTAŁE INFORMACJE**

**1. Wadium** zostało wniesione w formie .........................................................................

Konto, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium: (dotyczy wniesienia wadium w formie pieniężnej)

Numer konta: ..........................................................................................................................

1. Zobowiązujemy się do wniesienia **zabezpieczenia należytego wykonania umowy** w wysokości 10% ceny oferty (z VAT), przed zawarciem umowy, w jednej z form określonych w art. 148 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.
2. **Oświadczamy, iż osoby wykonujące w zakresie realizacji zamówienia czynności: określone *w części II pkt 5* Programu Funkcjonalno - Użytkowego -** **będą wykonywane przez osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.).**

OFERTA z załącznikami zawiera łącznie: ......................... ponumerowanych stron.

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

*podpis i pieczątka imienna osoby upoważnionej*

*do reprezentowania firmy*

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **W Y S Z C Z E G Ó L N I E N I E** | **Strona**  **oferty** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Wypełnić fakultatywnie [↑](#footnote-ref-2)
2. Dotyczy dostaw wewnątrzwspólnotowych [↑](#footnote-ref-3)
3. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-4)