**FORMULARZ OFERTOWY**

**„Konkurs medyczny na** **wykonywanie badań w zakresie badań specjalistycznych typu spirometria, spirometria z próbą rozkurczową, bronchofiberoskopia dla pacjentów SP ZOZ MSWiA w Koszalinie – na terenie miasta Koszalina”**

1. Dane Przyjmującego zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa: |  |
| Adres: |  |
| Województwo: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| KRS lub inny organ rejestrowy: |  |
| Wielkość przedsiębiorstwa:  (właściwe podkreślić) | 1. **mikroprzedsiębiorstwo**,  2. **małe przedsiębiorstwo**,  3. **średnie przedsiębiorstwo**,  4. **żadne z powyższych.** |
| Telefon/fax: |  |
| Dane osoby upoważnionej do kontaktów: | Imię i nazwisko:  Numer telefonu:  Adres e-mail: |
| Strona www: |  |
| Numer rachunku bankowego: |  |

1. Zobowiązujemy się do realizacji przedmiotu zamówienia za cenę:

Wartość netto: ………………………… (słownie: …………………………………)

Wartość brutto: …………………………. (słownie: …………………………………)

*\*łączna wartość zgodnie ze szczegółowym formularzem asortymentowo-cenowym – Załącznik nr 2*

Rabat dla badań nie ujętych w szczegółowym formularzu asortymentowo-cenowym ………………….. %.

1. Oświadczamy, że powierzymy niżej wymienionym podwykonawcom wykonanie niżej wskazanych części zamówienia\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podwykonawcy** | **Część zamówienia, której wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcy** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

\* Należy wypełnić, jeżeli Wykonawca przewiduje udział podwykonawców

1. Oświadczamy, że wartość brutto podana w pkt. 2 zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Przyjmujący zamówienie.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się i akceptujemy warunki konkursu oraz projekt umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
3. Uważamy się związani ofertą przez czas wskazany w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
4. Wyrażamy zgodę na termin płatności: przelewem w terminie **30 dni** od dnia przedłożenia prawidłowo wystawionej faktury VAT w siedzibie Udzielającego zamówienie.
5. Informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach (jeżeli dotyczy) ........................... stanowią **tajemnicę przedsiębiorstw** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
6. W przypadku wybrania naszej oferty osobami reprezentującymi firmę w umowie są:

|  |  |
| --- | --- |
| Dane osoby upoważnionej do podpisania umowy: | Imię i Nazwisko:  Stanowisko: |
| Dane osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie realizacji umowy: | Imię i Nazwisko:  Numer telefonu:  Adres e-mail: |

Oferta liczy ....................... kolejno ponumerowanych stron.

Załącznikami do oferty są:

1. ..................................................................................................................................

2. ..................................................................................................................................

.......................... dnia ……………….

*(miejscowość)*

………………..…………….…………

*(podpis Przyjmującego zamówienie)*

*Uwaga*

*ZAMAWIAJĄCY ZAZNACZA, ŻE NINIEJSZY FORMULARZ JEST TYLKO WZOREM I TO DO PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE NALEŻY PRAWIDŁOWE OBLICZENIE CENY*