**FORMULARZ OFERTOWY**

**Doradztwo i kontrola funkcjonowania podmiotu leczniczego
w zakresie działalności poszczególnych komórek dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie**

1. Dane Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| 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:
2. cena usługi miesięcznej:

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

Stawka VAT: ….. Wartość VAT: …………..( słownie…………………………….)

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

1. Wartość całości realizacji przedmiotu zamówienia:

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

Stawka VAT: ….. Wartość VAT: …………..( słownie…………………………….)

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

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 Wykonawca.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się i akceptujemy opis przedmiotu zamówienia 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 Zamawiającego.
3. Uważamy się związani ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
4. Wyrażamy zgodę na termin płatności: przelewem w terminie **21 dni** od dnia przedłożenia prawidłowo wystawionej faktury VAT w siedzibie Zamawiającego.
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 Wykonawcy)*

***Uwaga***

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