

**FORMULARZ OFERTY**

na wykonanie robót budowlano - remontowych o wartości nie przekraczającej w przeliczeniu na PLN równowartości 30.000 euro

1. Zamawiający: **Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego, ul. Mickiewicza 20, 57-100 Strzelin.**
2. Przedmiot zamówienia publicznego obejmuje: wykonanie robót budowlano-remontowych w PZLA w Strzelinie na parterze obiektu -hol wejściowy z ciągami komunikacyjnymi, dwa pomieszczenia rejestracji.
3. Wymagania zamawiającego związane z wykonaniem zamówienia:
  - 3.1 – posiadanie uprawnień do występowania w obrocie prawnym;
  - 3.2 – nie zaleganie w opłatach podatków, opłat i składek na ubezpieczenia społeczne;
  - 3.3 – akceptacja projektu umowy na realizację zamówienia – załącznik nr 2 do zaproszenia.
4. Termin złożenia oferty: **20.11.2019 r.** miejsce złożenia – **Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego, ul. Mickiewicza 20, 57-100 Strzelin III piętro pok. 39**
5. Tryb postępowania – rozpoznanie cenowe.
6. Nazwa i adres Wykonawcy: pieczęć z nazwą , adresem , nr telefonu i faksu

.....  
.....

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

**Cenę netto :** ..... **zł słownie:** .....

**Cenę brutto:** .....**zł słownie:** .....

**Podatek VAT:** .....**zł słownie:** .....

2. Deklaruję ponadto:

a) wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie do dnia .....

b) okres gwarancji .....

c) warunki płatności: .....

d) .....

DYREKTOR  
Publicznego Zakładu Lecznictwa  
Ambulatoryjnego w Strzelinie  
  
Norbert Raba

e) .....

3. Oświadczam, że:

- akceptuję projekt umowy
- jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym
- nie zalegam w opłatach podatków, opłat i składek na ubezpieczenia społeczne
- zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń
- w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w pkt 2 i 3 oferty oraz umowie w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego.

4. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

.....  
pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

....., dnia .....

DYREKTOR  
Publicznego Zakładu Lecznictwa  
Ambulatoryjnego w Strzelnie  
*Norbert Raba*  
Norbert Raba