

FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Wykonawcy:

.....
.....

Adres Wykonawcy:

ul. nr

kod pocztowy miejscowość

Nr tel.:

REGON: NIP:

KRS: (jeśli istnieje)

e-mail:@.....

http://.....

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia pn. **USŁUGA ZIMOWEGO UTRZYMANIA DRÓG, PARKINGÓW I CHODNIKÓW W S.P. ZOZ ZESPÓŁ SZPITALI MIEJSKICH W CHORZOWIE** w zakresie objętym opisem przedmiotu zamówienia za maksymalną łączną kwotę określoną poniżej:

Ryczałt miesięczny za gotowość brutto:

Ryczałt miesięczny łącznie (4 miesiące) brutto:

Cena roboczogodziny brutto:.....

Wysokość kary umownej za odstąpienie **od umowy przez Zamawiającego lub Wykonawcę z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Wykonawca:**(min. 5 000,00 zł., maks. 20 000,00 zł.)

Ponadto:

2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w ramach korespondencji udostępnioną na stronie: <http://zsm.com.pl/odo>.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją warunków zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. Oświadczamy, że wykorzystywany do odśnieżania sprzęt (pojazdy) posiada aktualną polisę OC.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją warunków zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami realizacji zamówienia zawartymi w projekcie umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń. W przypadku zaakceptowania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Zamawiającego.
7. Gwarantujemy, że osoby, które będą wykonywać zamówienie posiadają kwalifikacje niezbędne do wykonania zamówienia oraz przewidywanego zakresu wykonywanych przez te osoby czynności.
8. Wyrażamy zgodę na / min. 30 dni/ dniowy termin płatności za wykonaną usługę.


9. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni.
10. Załącznikiem do niniejszej oferty jest:

a/.....

b/.....

.....
Data, miejsce

.....
Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy

 P.O.
Dyrektora operacyjnego
SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich
.....
Iwona Filip