

FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Wykonawcy:

.....
.....

Adres Wykonawcy:

ul. nr

kod pocztowy miejscowość

Nr tel.:

REGON: NIP:

KRS: (jeśli istnieje)

e-mail:@.....

http://.....

Oferta do zapytania na (Numer zapytania SP ZOZ ADM/11/2022).

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia pn. **USŁUGI DEZYNSEKCJI, DEZYNFEKCJI, DERATYZACJI, STAŁEGO MONITORINGU NA OBECNOŚĆ GRYZONI ORAZ DETEKTORY OWADÓW**, w obiektach Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie, przy ul. Strzelców Bytomskich 11 oraz przy ul. Truchana 7 w zakresie objętym opisem przedmiotu zamówienia za maksymalną łączną kwotą określoną poniżej:

1. cenę usługi dezynfekcji za 1 m² netto..... i brutto..... ,
2. cenę usługi dezynsekcji za 1 m² netto..... i brutto..... ,
3. cenę ryczałtowa usługi za comiesięczny monitoring /deratyzację netto..... i brutto..... ,
4. cenę ryczałtowa usługi za dwumiesięczny monitoring /deratyzację netto..... i brutto..... ,
5. cenę ryczałtowa usługi za dwumiesięczny monitoring detektorów owadów netto..... i brutto..... ,

Ponadto:

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w ramach korespondencji udostępnioną na stronie: <http://zsm.com.pl/odo>.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją warunków zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. 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.

4. Oświadczamy, że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022r, poz. 835).
5. Gwarantujemy, że osoby, które będą wykonywać zamówienie posiadają kwalifikacje niezbędne do wykonania zamówienia oraz przewidywanego zakresu wykonywanych przez te osoby czynności.
6. Wyrażamy zgodę na / min. 30 dni/ dniowy termin płatności za wykonaną usługę.
7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni.
8. Załącznikiem do niniejszej oferty jest:

a/.....

b/.....

.....
Data, miejsce

.....
Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy

KIEROWNIK
DZIAŁU ADMINISTRACYJNO-GOSPODARSTWA
Alicja Góra

P.O.
Dyrektora Operacyjnego
SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich
Iwona Filip