

**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 m<sup>2</sup> netto..... i brutto..... ,
2. cenę usługi dezynsekcji za 1 m<sup>2</sup> 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-GOSPODARZCZEGO  
*Alicja Głuch*

P.O.  
Dyrektora Operacyjnego  
SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich

*Iwona Filip*