Załącznik nr 1 do Zapytania cenowego

**Formularz Wyceny**

**ZAMAWIAJĄCY:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich z siedzibą przy   
ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów

**DANE WYKONAWCY:**

Ja (My), niżej podpisany(ni) ......................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :

........................................................................................................................................................…........

(pełna nazwa Wykonawcy)

...................................................................................................................................................................

(adres siedziby Wykonawcy)

NIP: ……………………………………..………….....

REGON: ..................................................

KRS: ........................................................ *(jeśli istnieje)*

Nr telefonu: ………………………………..………

Nr faxu: …………………………………..……….... *(jeśli istnieje)*

e-mail: ……………………………..…………….…..

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia wyceny w celu ustalenia szacunkowej wartości zamówienia dotyczącego sporządzenia kompleksowej dokumentacji projektowej dla zadania jakim jest **„Budowa instalacji klimatyzacji dla potrzeb Pawilonu X zlokalizowanym na terenie SP ZOZ ZSM przy ul. Strzelców Bytomskich 11 w Chorzowie”.**

**składam(-my) niniejszą wycenę na wykonanie całego przedmiotu zamówienia określonego   
w zapytaniu cenowym:**

Szacuję wykonanie całego przedmiotu zapytania zgodnie z opisem zawartym w zapytaniu cenowym  
za wynagrodzenie w wysokości:

Cena netto : .………………………………….… zł (słownie netto : ………………….… złotych )

Szczegółowe zestawienie kosztów realizacji inwestycji:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia/rodzaj/opis | Ilość sztuk | Cena jednostkowa dobranego urządzenia netto | Całkowita wartość inwestycji (wraz z robocizną) netto |
| A | **JEDNOSTKA ZEWNĘTRZNA** | | | |
|  |  |  |  |  |
| Lp. | Nazwa urządzenia/rodzaj/opis | Ilość sztuk | Cena jednostkowa dobranego urządzenia netto | Całkowita wartość inwestycji (wraz z robocizną) netto |
| B | **ODDZIAŁ HEMATOLOGII** | | | |
|  |  |  |  |  |
| Lp. | Nazwa urządzenia/rodzaj/opis | Ilość sztuk | Cena jednostkowa dobranego urządzenia netto | Całkowita wartość inwestycji (wraz z robocizną) netto |
| C | **ODDZIAŁ NEUROLOGII** | | | |
|  |  |  |  |  |
| Lp. | Nazwa urządzenia/rodzaj/opis | Ilość sztuk | Cena jednostkowa dobranego urządzenia netto | Całkowita wartość inwestycji (wraz z robocizną) netto |
| D | **ODDZIAŁ GERIATRII I REHABILITACJI** | | | |
|  |  |  |  |  |
| Lp. | Nazwa urządzenia/rodzaj/opis | Ilość sztuk | Cena jednostkowa dobranego urządzenia netto | Całkowita wartość inwestycji (wraz z robocizną) netto |
| E | **PARTER** | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **CAŁKOWITY KOSZT WYKONANIA INWESTYCJI (A+B+C+D+E)** | | |  |

1. *Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w nin. Formularzu Wyceny w celu ustalenia szacunkowej wartości zamówienia objętego zapytaniem cenowym.*
2. *Oświadczam, że niniejsza wycena nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 § 1 Kodeksu cywilnego.*

………………….…………… ......…………….……………………………….…..…………

*(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób uprawnionej / uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)*