

FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Wykonawcy:

.....

.....

Adres Wykonawcy:

ul. nr

kod pocztowy miejscowość

Nr tel.:

REGON: NIP:

KRS: (jeśli nadano)

e-mail:@.....

http://

Oferta do zapytania na

Składam(y) ofertę cenową na: „Wykonanie systemu telewizji przemysłowej CCTV oraz sieci LAN na Oddziale Pediatrii Dzieci Starszych w szpitalu przy ul. Truchana 7” dalej „przedmiot zamówienia”:

Przedmiot zamówienia zg. z OPZ	Cena netto	Podatek VAT	Cena brutto
Pakiet 1. Wykonanie systemu telewizji przemysłowej CCTV
Pakiet 2. Rozbudowa sieci LAN
Suma zadania			

1. Przedmiot zamówienia realizowany będzie zgodnie z wytycznymi określonymi w zapytaniu ofertowym oraz opisie przedmiotu zamówienia.
2. Kwota brutto wynagrodzenia Wykonawcy obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, łącznie z podatkiem od towarów i usług VAT, ewentualnymi rabatami i opłatami.
3. Wykonawca winien uwzględnić w cenie oferty również wszystkie inne koszty, jakie poniesie w związku z realizacją przedmiotu zamówienia, także niewymienione, a które mają wpływ na cenę oferty.
4. Termin płatności faktury ustala się na: **30 dni**, licząc od dnia wykonania usługi wraz z dostarczoną prawidłowo wypełnioną fakturą do siedziby Zamawiającego. Zapłata wynagrodzenia nastąpi na wskazany na fakturze numer rachunku bankowego.
5. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczamy, że nie zachodzą względem nas podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w okolicznościach, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (tj. Dz. U. z 2023r. poz. 1497 z późn. zm.).
7. Oświadczamy, iż bez zastrzeżeń przyjmujemy warunki zawarcia umowy i deklarujemy gotowość

podpisania umowy niezwłocznie.

8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

.....
Data, miejsce

.....
Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy

P.O.
Dyrektora operacyjnego
SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich

Iwona Filip