Załącznik nr 1 do Zapytania cenowego SOR

**Formularz ofertowy**

**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: …………………………………..………....

e-mail: ……………………………..…………….…..

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty w celu ustalenia szacunkowej wartości zamówienia dotyczącego sporządzenia Programu Funkcjonalno – Użytkowego (dalej PFU) dla zadania jakim jest ***„Budowa wolnostojącego budynku Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (dalej SOR) wraz z rozbiórką istniejącej Izby Przyjęć przy Pawilonie I 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 przedmiotu zapytania zgodnie z opisem zawartym w zapytaniu cenowym
za wynagrodzenie w wysokości:

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

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)*